

Ratu Matahari, S.KM., M.A., M.Kes
Fitriana Putri Utami, S.KM., M.Kes
Ir. Sri Sugiharti, M.Kes

BUKU AJAR KELUARGA BERENCANA DAN KONTRASEPSI





Penduduk dalam suatu negara merupakan faktor terpenting dalam pelaksanaan pembangunan karena menjadi subyek dan obyek pembangunan. Penduduk merupakan pusat seluruh kebijakan dan program pembangunan yang dilakukan. Pembangunan dikatakan berhasil jika mampu meningkatkan kesejahteraan penduduk baik kualitas fisik maupun non fisik. Dinamika atau perubahan jumlah penduduk s

Penduduk dalam suatu negara merupakan faktor terpenting dalam pelaksanaan pembangunan karena menjadi subyek dan obyek pembangunan. Penduduk merupakan pusat seluruh kebijakan dan program pembangunan yang dilakukan. Pembangunan dikatakan berhasil jika mampu meningkatkan kesejahteraan penduduk baik kualitas fisik maupun non fisik. Dinamika atau perubahan jumlah penduduk sangat mempengaruhi dinamika pembangunan. angat mempengaruhi dinamika pembangunan.



Pustaka Ilmu
@pustakailmubook
pustakailmu.co.id



BUKU AJAR KELUARGA BERENCANA DAN KONTRASEPSI

Ratu Matahari,S.KM.,M.A.,M.Kes

Fitriana Putri Utami,S.KM.,M.Kes

Ir.Sri Sugiharti,M.Kes



**BUKU AJAR
KELUARGA BERENCANA
DAN KONTRASEPSI**

Penulis:

Ratu Matahari,S.KM.,M.A.,M.Kes

Fitriana Putri Utami,S.KM.,M.Kes

Ir.Sri Sugiharti,M.Kes

Copyright © Pustaka Ilmu, 2018

viii+104 halaman; 14x21 cm

Hak cipta ada Pada Penulis

ISBN:

Editor: Rahmani Sofianingsih

Pemeriksa Aksara: Muta Ali Arauf

Perancang Sampul: Tim Pustaka Ilmu

Pewajah Isi: Nur Afandi

Penerbit Pustaka Ilmu

Jl. Wonosari KM. 6.5 No. 243 Kalangan

Yogyakarta Telp/Faks: (0274)4435538

E-mail: redaksipintukata@gmail.com

Website: [https:// www.pustakailmu.co.id](https://www.pustakailmu.co.id)

Layanan sms: 081578797497

Anggota IKAPI

Cetakan I, Desember 2018

Penerbit dan Agency

CV. Pustaka Ilmu Group Yogyakarta

Jl. Wonosari KM. 6.5 No. 243 Kalangan

Yogyakarta Telp/Faks: (0274) 4435538

Email: pustakailmugroup@gmail.com

Website: www.pustakailmu.co.id

© Hak Cipta dilindungi Undang-undang

All Rights Reserved

Dilarang memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini
dalam bentuk apa pun tanpa izin tertulis dari Penerbit
Pustaka Ilmu Yogyakarta

UCAPAN TERIMA KASIH

Buku pengayaan bahan ajar dengan judul “Keluarga Berencana dan Kontrasepsi” ini penulis harapkan dapat memberikan manfaat kepada mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat secara khusus dan seluruh masyarakat secara umum. Terwujudnya karya buku bahan ajar ini tak lepas dari dukungan berbagai pihak yang telah membantu penulis baik secara materi maupun moral. Pada kesempatan ini, penulis ingin mengucapkan terimakasih kepada pihak-pihak yang telah memberikan dukungan sebagai berikut:

1. Badan Kependudukan Dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN)
2. Lembaga Penelitian Pengembangan dan Pengabdian Kepada Masyarakat Universitas Ahmad Dahlan
3. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Ahmad Dahlan

Penulis sangat menyadari bahwa dalam penulisan buku ini masih terdapat banyak kekurangan sehingga penulis memerlukan masukan dan kritik untuk meningkatkan kualitas buku ini.

Yogyakarta, November 2018

Penulis

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT karena atas rahmat dan ridhoNya penulis dapat menyelesaikan naskah buku pengayaan bagi mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Ahmad Dahlan dalam bidang kesehatan reproduksi. Buku ini berisi mengenai materi dasar tentang kependudukan, keluarga berencana, dan kontrasepsi untuk menunjang kegiatan pembelajaran pada mata kuliah Keluarga Berencana dan Kontrasepsi.

Permasalahan keluarga berencana (KB) tidak hanya dipandang dari jumlah anak yang dilahirkan oleh seorang perempuan tetapi juga pada pemenuhan hak kesehatan reproduksi, pemilihan alat kontrasepsi, dukungan keluarga, dan kebijakan kependudukan yang ada di Indonesia sehingga dapat mengontrol lajur pertumbuhan penduduk di Indonesia.

Pada kesempatan ini penulis mengucapkan terimakasih yang setinggi-tingginya kepada Badan Kependudukan Dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN), Perwakilan BKKBN Daerah Istimewa Yogyakarta, Lembaga Penelitian Pengembangan dan Pengabdian Kepada Masyarakat (LPPM) Universitas Ahmad Dahlan, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Ahmad Dahlan, serta seluruh pihak yang telah membantu dalam penyusunan buku ini. Kami sangat mengharapkan kritik dan saran guna menyempurnakan isi buku ini.

Wassalamu'alaikum Wr.Wb

Yogyakarta, November 2018

Penulis

DAFTAR ISI

UCAPAN TERIMA KASIH	v
KATA PENGANTAR.....	vi
BAB 1 PERMASALAHAN KEPENDUDUKAN.....	1
BAB 2 BONUS KEPENDUDUKAN.....	7
BAB 3 SISTEM REPRODUKSI	11
BAB 3 ORGAN REPRODUKSI PRIA DAN WANITA.....	17
BAB 5 KONSEP KELUARGA BERENCANA	22
BAB 6 ISU-ISU KESEHATAN REPRODUKSI	38
BAB 6 KONSELING KB PASCA SALIN	58
BAB 8 JENIS-JENIS METODE KB HORMONAL.....	70
BAB 9 JENIS-JENIS KB NON HORMONAL.....	77
BAB 10 PERBANDINGAN ALAT KONTRASEPSI.....	86
BAB 11 MANAJEMEN PELAYANAN KB PASCA PERSALINAN..	93
BAB 12 KONTRASEPSI DARURAT.....	99
BAB 13 INFERTILITAS	102

PERMASALAHAN KEPENDUDUKAN

A. TUJUAN PEMBELAJARAN

1. Mahasiswa mampu menjelaskan permasalahan kependudukan di Indonesia
2. Mahasiswa mampu menjelaskan

B. BAHAN AJAR

1. Permasalahan Kependudukan
Permasalahan kependudukan di Indonesia adalah masalah kuantitas dan kualitas penduduk. Adapun masalah-masalah kependudukan tersebut adalah sebagai berikut:
 - a. Jumlah penduduk besar
 - b. Pertumbuhan penduduk cepat
 - c. Persebaran penduduk tidak merata
 - d. Kualitas penduduk rendah
 - e. Komposisi penduduk sebagian besar berusia produktif.
2. Jumlah Penduduk Besar
Penduduk dalam suatu negara merupakan faktor terpenting dalam pelaksanaan pembangunan karena menjadi subyek dan obyek pembangunan. Penduduk merupakan

pusat seluruh kebijakan dan program pembangunan yang dilakukan. Pembangunan dikatakan berhasil jika mampu meningkatkan kesejahteraan penduduk baik kualitas fisik maupun non fisik. Dinamika atau perubahan jumlah penduduk sangat mempengaruhi dinamika pembangunan. Manfaat dari jumlah penduduk yang besar adalah:

- a. Dapat mempertahankan keutuhan Negara dari ancaman yang berasal dari Negara lain
- b. Sebagai sumber daya manusia dalam penyediaan tenaga kerja untuk mengolah sumber daya alam

Ada permasalahan untuk negara Indonesia yang berpenduduk besar yaitu nomor 4 di dunia yaitu:

- a. Pemenuhan kebutuhan hidup masih belum dapat terpenuhi oleh Pemerintah, karena kemampuan pemerintah masih terbatas. Pemerintah seharusnya dapat menjamin terpenuhi kebutuhan hidup penduduk yang besar. Sebagai akibatnya masih ada penduduk yang kekurangan gizi makanan, timbulnya 3 permukiman kumuh, kerusakan lingkungan, kerawanan pangan, kelangkaan sumber daya, kemiskinan, serta konflik sosial.
 - b. Penyediaan lapangan kerja, sarana, dan prasarana kesehatan, pendidikan serta fasilitas sosial lainnya masih banyak yang kurang, karena dana yang terbatas. Pemerintah seharusnya dapat menyediakan itu semua. Maka peran serta sektor swasta perlu digalakkan untuk mengatasi masalah ini, seperti pembangunan pabrik/industri, sekolah swasta, rumah sakit swasta dan lain-lain.
3. Pertumbuhan penduduk cepat
- Pertumbuhan penduduk Indonesia secara nasional masih relatif cepat, walaupun ada kecenderungan menurun.

Antara tahun 1961 – 1971 pertumbuhan penduduk sebesar 2,1 % pertahun, tahun 1971 – 1980 sebesar 2,32% pertahun, tahun 1980 – 1990 sebesar 1,98% pertahun, periode 1990 – 2000 sebesar 1,6% pertahun, periode 2000 - 2010 sebesar 1,49% Penurunan pertumbuhan penduduk ini cukup menggembirakan, hal ini didukung oleh pelaksanaan program keluarga berencana di seluruh tanah air. Keluarga berencana merupakan suatu usaha untuk membatasi jumlah anak dalam keluarga, demi kesejahteraan keluarga. Program ini setiap keluarga dianjurkan mempunyai dua anak saja atau merupakan keluarga kecil. Terbentuknya keluarga kecil diharapkan semua kebutuhan hidup anggota keluarga dapat terpenuhi sehingga terbentuklah keluarga sejahtera.

Dari uraian tersebut jelaslah bahwa Program Keluarga Berencana mempunyai dua tujuan pokok yaitu:

- a. Menurunkan angka kelahiran agar pertambahan penduduk tidak melebihi kemampuan peningkatan produksi.
- b. Meningkatkan kesehatan ibu dan anak untuk mencapai keluarga sejahtera

Adapun dampak Laju Pertumbuhan penduduk Terhadap Lingkungan Hidup antara lain :

- a. Makin berkurangnya lahan produktif dan alih fungsi lahan, seperti sawah/ perkebunan menjadi permukiman dan kawasan industri.
 - b. Makin berkurangnya luas hutan konservasi akibat tuntutan pembukaan areal perkebunan rakyat/swasta
4. Persebaran penduduk tidak merata
- Persebaran penduduk di Indonesia tidak merata baik persebaran antar pulau, propinsi, kabupaten maupun

antara perkotaan dan pedesaan. Pulau Jawa dan Madura yang luasnya hanya $\pm 7\%$ dari seluruh wilayah daratan Indonesia, dihuni 60-70 % penduduk Indonesia.

Persebaran penduduk antara kota dan desa juga tidak merata. Perpindahan penduduk dari desa ke kota di Indonesia terus mengalami peningkatan dari waktu ke waktu. Urbanisasi yang terus terjadi menyebabkan terjadinya pemusatan penduduk di kota yang luas wilayahnya terbatas. Pemusatan penduduk di kota-kota besar seperti Jakarta, Surabaya, Medan dan kota-kota besar lainnya antara lain dapat menimbulkan dampak buruk terhadap lingkungan hidup seperti:

- a. Pencemaran udara yang berasal dari industry dan asap kendaraan
- b. Pencemaran air di sungai-sungai karena pembuangan sampah oleh masyarakat dan industry
- c. Banyak terjadi permukiman liar
- d. Permasalahan sosial seperti pencurian, perampokan, pelacuran dan lain sebagainya.

Pemusatan penduduk mempunyai dampak yang cukup besar, maka perlu ada upaya untuk meratakan penyebaran penduduk di tiap-tiap daerah. Upaya-upaya meratakan penyebaran penduduk antara lain adalah:

- a. Pada daerah yang jarang penduduk dan daerah pedesaan diciptakan lapangan pekerjaan misal didirikan daerah perindustrian.
 - b. Pemerataan pembangunan di semua daerah.
5. Kualitas penduduk rendah
- Kualitas penduduk atau mutu sumber daya manusia yaitu tingkat kemampuan penduduk dalam mengolah dan

memanfaatkan sumber daya alam yang tersedia untuk meningkatkan kesejahteraannya. Mutu sumber daya manusia pada 10 suatu negara dapat dilihat dari tingkat pendapatan, tingkat pendidikan dan tingkat kesehatannya.

6. Komposisi penduduk sebagian besar berusia produktif. Penduduk yang berusia 15-64 adalah golongan produktif. Kebutuhan penduduk usia produktif yang harus disediakan oleh pemerintah yaitu sarana 14 pendidikan, kesehatan, serta lapangan pekerjaan. Kebutuhan sarana pendidikan, kesehatan, serta lapangan pekerjaan yang disediakan pemerintah sering tidak seimbang dengan jumlah penduduk. Pemerintah mewajibkan wajib belajar 12 tahun, serta terus menggalakkan partisipasi pihak swasta agar bersedia membangun sekolah yang dapat meningkatkan kualitas kemampuan dan ketrampilan usia produktif. Pemerintah juga harus mempermudah usia produktif untuk mendapatkan dana untuk modal usaha. Jumlah penduduk yang besar dalam suatu negara dengan kualitas yang rendah, merupakan beban atau tanggungan bagi pemerintah. Setiap negara selalu mengupayakan peningkatan kualitas penduduknya. Salah satu cara meningkatkan kualitas sumber daya manusia adalah meningkatkan kemampuan dan keterampilan kerja yang akhirnya dapat meningkatkan taraf hidup.

C. SOAL LATIHAN

1. Jelaskan permasalahan kependudukan di Indonesia!
2. Mengapa kualitas penduduk penting bagi peningkatan kehidupan di suatu wilayah?

D. REFERENSI

1. Mardiani Ita, Nugroho Hari Purnomo. Pendalaman Materi Geografi Modul 23: Masalah Kependudukan dan Bonus Demografi. Diunduh dari <http://ppg.spada.ristekdikti.go.id>
2. World Bank.2011. Indonesia"s Intergovernmental Transfer Response on Future Demographic and Urbanization Shifts Improving the Policy Framework for Fiscal Decentralisation (the Grand Design of Fiscal Decentralization). Diunduh dari: <http://documents.worldbank.org/curated/en/548511468260133592/pdf/684550ESW0P11900Urbanization0shifts.pdf>

BONUS KEPENDUDUKAN

A. TUJUAN PEMBELAJARAN

1. Mahasiswa mampu menjelaskan konsep bonus kependudukan
2. Mahasiswa mampu menguraikan dampak bonus kependudukan

B. BAHAN AJAR

1. Pengertian Bonus Demografi

Bonus demografi, atau sering juga disebut dengan istilah *demographic dividend* atau *demographic gift*, dapat diartikan sebagai keuntungan ekonomis yang disebabkan oleh menurunnya rasio ketergantungan 1 sebagai hasil dari proses penurunan fertilitas jangka panjang. Bonus demografi ini sudah dinikmati oleh negara-negara di Asia Timur seperti China, Jepang, dan Korea selama periode 1960-1990 yang ditandai dengan tingginya tingkat pertumbuhan pendapatan per kapita di negara-negara tersebut. Ketika periodenya diperpanjang menjadi 1960-2005, hasil estimasi tetap menunjukkan bahwa dampak transisi demografi masih signifikan, meskipun dampaknya di Jepang terlihat

mengalami penurunan. Di lain pihak, pada periode yang sama, di negara-negara Asia Tenggara seperti Filipina, Thailand, Singapura, termasuk Indonesia, yang mulai mengalami kenaikan proporsi penduduk usia kerja sejak tahun 1980-an, kontribusi transisi demografi tersebut malah lebih besar lagi. Sekitar 40 persen pertumbuhan ekonomi Indonesia selama periode 1960-2005 bersumber dari naiknya populasi dan proporsi penduduk usia kerja.

Bonus demografi tidak dapat berulang di dalam satu siklus demografi. Saat window of opportunity berakhir, perekonomian secara otomatis mengikuti siklus demografi berikutnya. Dengan angka fertilitas yang sudah berada pada tingkat yang rendah, bahkan di beberapa negara Eropa dan di Jepang tingkatnya sudah di bawah replacement rate, dan disertai dengan angka harapan hidup yang makin tinggi, populasi kemudian mengalami periode penuaan (ageing population).

Angka ketergantungan mulai meningkat kembali sebagai konsekuensi dari meningkatnya jumlah penduduk tua di dalam populasi, sementara di lain pihak penggantian penduduk usia kerja dari penduduk yang sebelumnya berusia muda sudah tidak sebanding.

Penuaan populasi yang tidak dapat terhindarkan tak hanya akan meningkatkan angka ketergantungan, tapi juga diprediksikan akan membawa dampak penurunan kinerja pada perekonomian. Tanpa persiapan yang memadai, kebutuhan akan jaminan sosial seperti pensiun dan perlindungan kesehatan juga akan sulit terantisipasi.

2. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Bonus Demografi

- a. Pertama, meningkatnya usia harapan hidup dapat cenderung mendorong pekerja melakukan antipasi dengan menaikkan tabungan. Peningkatan tabungan kemudian dapat meningkatkan investasi dan membawa dampak yang positif untuk pertumbuhan ekonomi.
- b. Kedua, dengan fakta bahwa di kebanyakan negara berkembang banyak terdapat pekerja yang underemployed atau bahkan secara efektif bisa dikatakan menganggur, maka pekerja-pekerja ini diharapkan dapat menggantikan tenaga tenaga kerja yang pensiun.
- c. . Ketiga, penurunan populasi anak-anak di periode ageing sudah menjadi keniscayaan. Dengan kondisi seperti ini, baik pemerintah maupun keluarga sebenarnya berkesempatan untuk dapat berinvestasi lebih banyak pada kesehatan dan pendidikan anak-anaknya. Investasi seperti ini dapat menghasilkan angkatan kerja yang lebih produktif.
- d. Keempat, dunia swasta bisa memainkan peran pula dalam mengantisipasi periode penuaan populasi dengan membuat perubahan-perubahan yang mendorong tenaga kerja-tenaga kerja tua untuk tetap berada di dalam angkatan kerja dan membatasi terjadinya penurunan produktivitas mereka.

C. SOAL LATIHAN

1. Jelaskan konsep bonus demografi!
2. Mengapa bonus demografi bisa terjadi di suatu wilayah?

3. Sebutkan faktor-faktor yang akan mempengaruhi terjadinya bonus demografi!

4.

D. REFERENSI

1. World Bank. 2011. Indonesia's Intergovernmental Transfer Response on Future Demographic and Urbanization Shifts Improving the Policy Framework for Fiscal Decentralisation (the Grand Design of Fiscal Decentralization). Diunduh dari: <http://documents.worldbank.org/curated/en/548511468260133592/pdf/684550ESW0P11900Urbanization0shifts.pdf>
2. https://www.gatesinstitute.org/sites/default/files/Toening_DD%20advocacy%20in%20Indonesia.pdf

SISTEM REPRODUKSI

CAPAIAN PEMBELAJARAN

1. Mahasiswa mampu menjelaskan konsep sistem reproduksi
2. Mahasiswa mampu menjelaskan penentuan jenis kelamin anak

MATERI PEMBELAJARAN

A. Konsep Sistem Reproduksi

Sistem reproduksi tidak bertujuan untuk survival individu, tetapi diperlukan untuk survival species dan berdampak pada kehidupan seseorang. Hanya melalui sistem reproduksi, blueprint genetik kompleks setiap spesies dapat bertahan di dunia ini. Meskipun sistem reproduksi tidak berkontribusi pada homeostasis dan tidak penting untuk bertahan hidup seseorang seperti halnya sistem kardiovaskuler, tetapi ia berperan penting dalam kehidupan seseorang. Sebagai contoh: pasangan suami istri yang baru menikah, umumnya sering ditanya apakah sudah mendapatkan anak. Dengan demikian berarti sistem reproduksi berpengaruh terhadap perilaku psikososial seseorang secara signifikan. Fungsi reproduksi juga berdampak pada masyarakat. Organisasi kemasyarakatan membentuk unit yang membentuk

lingkungan yang stabil dan kondusif untuk kehidupan spesies. Permasalahan yang dapat terjadi antara lain ledakan populasi yang perlu mendapatkan perhatian sehubungan dengan keterbatasan dunia ini dalam menampung dan memfasilitasi makhluk hidup. Oleh karena itu, diperlukan pembatasan atau kontrol sistem reproduksi.

Kemampuan reproduksi tergantung pada hubungan antara hypothalamus, hipofisis bagian anterior, organ reproduksi, dan sel target hormon. Proses biologis dasar termasuk perilaku seksual sangat dipengaruhi oleh faktor emosi dan sosiokultural masyarakat. Di sini, yang akan difokuskan adalah fungsi dasar seksual sistem reproduksi di bawah kontrol syaraf dan hormon.

Sistem reproduksi meliputi kelenjar (gonad) dan saluran reproduksi. Organ reproduksi primer atau gonad terdiri dari sepasang testes pada pria dan sepasang ovarium pada wanita. Gonad yang matur berfungsi menghasilkan gamet (gametogenesis) dan menghasilkan hormon seks, khususnya testosteron pada pria dan estrogen & progesteron pada wanita. Setelah gamet diproduksi oleh gonad, ia akan melalui saluran reproduksi (sistem duktus). Pada wanita juga terdapat payudara yang termasuk organ pelengkap reproduksi. Bagian eksternal sistem reproduksi sering juga disebut genitalia eksternal.

Karakteristik seksual sekunder tidak secara langsung termasuk dalam sistem reproduksi, tetapi merupakan karakteristik eksternal yang membedakan pria dan wanita, seperti konfigurasi tubuh dan distribusi rambut. Sebagai contoh, pada manusia, pria memiliki bahu yang lebih lebar daripada wanita, sedangkan wanita memiliki pinggul yang

besar dan pria memiliki jenggot, sedangkan wanita tidak. Testosteron pada pria dan estrogen pada wanita bertanggung jawab untuk perkembangan karakteristik ini. Pertumbuhan rambut tidak termasuk karakteristik seksual sekunder, karena tidak terlalu berbeda antara pria dan wanita.

Gametogenesis merupakan proses yang terjadi dengan cara meiosis, yaitu pembelahan sel yang menghasilkan setengah set informasi genetik (haploid) yang selanjutnya setelah fertilisasi akan terbentuk individu baru dengan 46 kromosom (diploid). Selama fertilisasi terjadi kombinasi genetik sehingga individu yang terbentuk tidaklah sama.

B. Penentuan Jenis Kelamin Anak Hasil Fertilisasi

Pembentukan jenis kelamin anak hasil fertilisasi tergantung ada atau tidak adanya determinan maskulin selama periode kritis perkembangan embrio. Perbedaan terbentuknya anak dengan jenis kelamin pria atau wanita dapat terjadi setelah melalui 3 tahap, yaitu tahap genetik, gonad, dan fenotip (anatomi) seks. Tahap genetik tergantung kombinasi genetik pada tahap konsepsi. Jika sperma yang membawa kromosom Y bertemu dengan oosit, terbentuklah anak laki-laki, sedangkan jika sperma yang membawa kromosom X yang bertemu dengan oosit, maka yang terbentuk anak perempuan. Selanjutnya tahap gonad, yaitu perkembangan testes atau ovarium. Selama bulan pertama gestasi, semua embrio berpotensi untuk menjadi pria atau wanita, karena perkembangan jaringan reproduksi keduanya identik dan tidak berbeda. Penampakan khusus gonad terlihat selama usia 7 minggu di dalam uterus, ketika jaringan gonad pria

membentuk testes di bawah pengaruh sex-determining region kromosom Y (SRY), sebuah gen yang bertanggung jawab pada seks determination. SRY menstimulasi produksi antigen H-Y oleh sel kelenjar primitif. Antigen H-Y adalah protein membran plasma spesifik yang ditemukan hanya pada pria yang secara langsung membentuk testes dari gonad. Pada wanita tidak terdapat SRY, sehingga tidak ada antigen H-Y, sehingga jaringan gonad baru mulai berkembang setelah 9 minggu kehamilan membentuk ovarium.

Tahap fenotip tergantung pada tahap genetik dan gonad. Diferensiasi membentuk sistem reproduksi pria diinduksi oleh androgen, hormon maskulin yang disekresi oleh testes. Usia 10-12 minggu kehamilan, jenis kelamin secara mudah dapat dibedakan secara anatomi pada genitalia eksternal.

Meskipun perkembangan genitalia eksterna pria dan wanita tidak berbeda pada jaringan embrio, tetapi tidak pada saluran reproduksi. Dua sistem duktus primitif, yaitu duktus Wolffian dan Mullerian menentukan terbentuknya pria atau wanita. Pada pria duktus Wolffian berkembang dan duktus Mullerian berdegenerasi, sedangkan pada wanita duktus Mullerian yang berkembang dan duktus Wolffian berdegenerasi. Perkembangannya tergantung ada atau tidak adanya dua hormon yang diproduksi oleh testes fetus yaitu testosteron dan Mullerian-inhibiting factor. Testosteron menginduksi duktus Wolffian menjadi saluran reproduksi pria (epididimis, duktus deference, duktus ejakulatorius, dan vesika seminalis). Testosteron diubah menjadi dihydrotestosteron (DHT) yang bertanggung jawab

membentuk penis dan skrotum. Pada wanita, duktus Mullerian berkembang menjadi saluran reproduksi wanita (oviduct, uterus, dan vagina), dan genitalia eksterna membentuk klitoris dan labia.

Terkadang terjadi ketidakcocokan antara genetik seks dengan penampakan seks setelah pubertas yang menghasilkan dampak psikologis traumatik gender krisis identitas. Contoh: Maskulinisasi genetik wanita dengan ovarium, tetapi memiliki genitalia eksterna pria, yang pada masa pubernya terjadi pembesaran payudara. Dengan demikian penting sekali diagnosis jenis kelamin pada bayi baru lahir.

SOAL LATIHAN

1. Jelaskan apa yang dimaksud dengan sistem reproduksi!
2. Bagaimanakah proses penentuan jenis kelamin pada bayi?

REFERENSI

Anonim. Sistem Reproduksi. Biologi: Modul Reproduksi. Diakses pada tanggal 11 November 2018 pada laman <http://staff.ui.ac.id/system/files/users/tutinfik/material/e-bookbioteknologipdsistemreproduksi.pdf>

ORGAN REPRODUKSI PRIA DAN WANITA

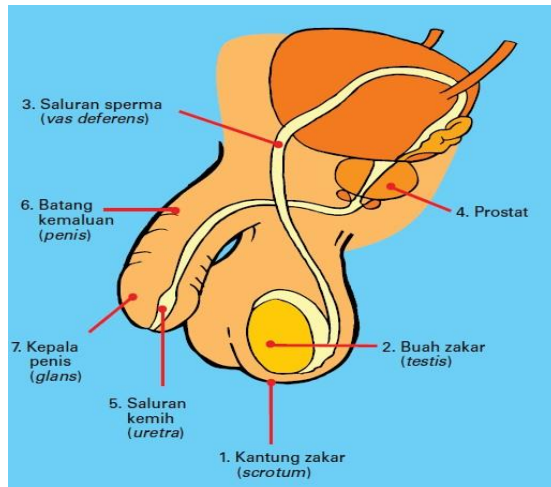
CAPAIAN PEMBELAJARAN

1. Mahasiswa mampu memahami organ reproduksi pada pria
2. Mahasiswa mampu memahami organ reproduksi pada wanita

MATERI PEMBELAJARAN

A. ORGAN REPRODUKSI PRIA

Organ reproduksi laki-laki dapat dilihat pada gambar 2.1 berikut



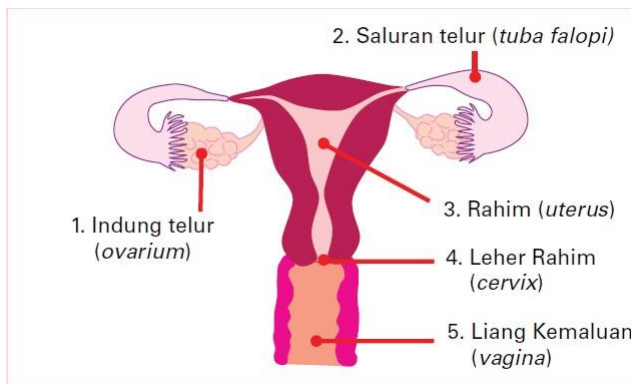
Gambar 2.1 Organ Reproduksi Laki-laki

Fungsi dari bagian-bagian organ reproduksi laki-laki adalah sebagai berikut:

1. **Kantung zakar (*scrotum*)**, kantung lembut yang menahan dua buah testis berbentuk bola kecil.
2. **Buah zakar (*testis*)**, dua bola kecil berisi sel-sel kecil yang disebut sperma (mulai dihasilkan waktu remaja). Sperma bisa keluar pada waktu remaja laki-laki mengalami “mimpi basah”.
3. **Saluran sperma (*vas deferens*)**, adalah sebuah saluran bagi sperma dari testis menuju prostat.
4. **Prostat**, berfungsi menghasilkan cairan mani yaitu cairan lengket yang akan bercampur dengan sperma ketika keluar dari penis saat ejakulasi.
5. **Saluran kemih (*uretra*)**, saluran untuk dilalui oleh cairan mani yang mengandung sperma, dan juga saluran air kencing. Air kencing dan mani tidak akan keluar bersama-sama.
6. **Batang kemaluan (*penis*)**, terbuat dari otot dan merupakan saluran untuk keluarnya air kencing maupun saluran keluarnya sperma. Ujung penis sangat peka karena mengandung banyak syaraf, sehingga bila diraba memberi rangsangan.
7. **Kepala penis (*glans*)**, adalah bagian paling depan dari batang kemaluan atau penis yang sangat banyak mengandung pembuluh darah. Ujung penis ini tertutup kulit yang biasanya dibuang (dikhitan atau disunat). Sunat dianjurkan karena memudahkan pembersihan penis sehingga mengurangi kemungkinan terkena infeksi atau penyakit lain.

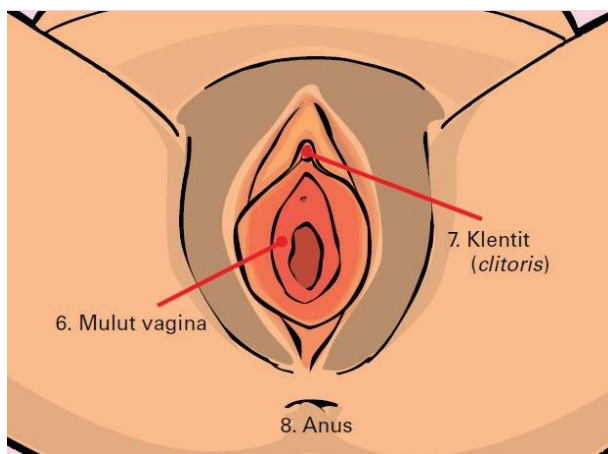
B. ORGAN REPRODUKSI WANITA

Organ reproduksi wanita terbagi menjadi dua bagian, yaitu organ reproduksi bagian dalam dan organ reproduksi bagian luar. Organ reproduksi bagian dalam dapat dilihat pada gambar 2.2 berikut



Gambar 2.2 Organ reproduksi bagian dalam

Organ reproduksi bagian luar dapat dilihat pada gambar 2.3 berikut



Gambar 2.3 Organ reproduksi bagian luar

Fungsi bagian-bagian dari organ reproduksi wanita adalah sebagai berikut:

1. **Indung telur (*ovarium*)**, yaitu gumpalan sebesar telur ayam yang terdiri dari sel-sel telur (ovum).
2. **Saluran telur (*tuba falopi*)**, yang terletak di sebelah kiri dan kanan rahim, yaitu saluran untuk dilalui sel telur menuju rahim.
3. **Rahim (*uterus*)**, sebuah rongga sebesar buah alpukat atau sebesar genggam tangan orang dewasa, terbuat dari otot-otot yang kuat untuk membesarkan bayi selama 9 bulan.
4. **Leher rahim (*cervix*)**, lubang kecil di bawah rahim yang bisa membesar ketika bayi ke luar dari rahim.
5. **Liang kemaluan (*vagina*)**, adalah jalan atau saluran antara rahim (organ seks di dalam tubuh perempuan) dengan organ seks bagian luar. Dari vaginalah bayi keluar waktu dilahirkan.
6. **Mulut Vagina**, yaitu bagian luar dari vagina yang merupakan sebuah rongga penghubung antara rahim dengan bagian luar tubuh. Lubang vagina ini ditutupi oleh selaput dara yang dapat pecah karena senggama atau karena sebab lain (jatuh, kecelakaan, dll).
7. **Klentit (*clitoris*)**, adalah benjolan daging kecil di sekitar mulut vagina yang berisi banyak pembuluh darah dan syaraf sehingga merupakan bagian yang peka.
8. **Anus**, lubang untuk mengeluarkan kotoran sisa makanan. Karena dilalui oleh kotoran (bisa mengandung kuman penyakit) maka harus selalu dibersihkan dengan benar.

SOAL LATIHAN

1. Sebutkan minimal tiga bagian organ reproduksi pria beserta fungsinya!
2. Sebutkan minimal tiga bagian organ reproduksi wanita beserta fungsinya!

REFERENSI

UNICEF. Organ Reproduksi Laki-laki Perempuan. Diakses pada tanggal 11 November 2018 pada laman https://www.unicef.org/indonesia/id/HIV-AIDSbooklet_part2.pdf

KONSEP KELUARGA BERENCANA

CAPAIAN PEMBELAJARAN

1. Mahasiswa mampu menguraikan konsep keluarga berencana
2. Mahasiswa mampu menjelaskan konsep pelayanan keluarga berencana
3. Mahasiswa mampu menguraikan pendekatan KB berbasis hak

MATERI PEMBELAJARAN

A. KONSEP KELUARGA BERENCANA

KB adalah merupakan salah satu usaha untuk mencapai kesejahteraan dengan jalan memberikan nasehat perkawinan, pengobatan kemandulan dan penjarangan kelahiran. KB merupakan tindakan membantu individu atau pasangan suami istri untuk menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang memang diinginkan, mengatur interval diantara kelahiran. KB adalah proses yang disadari oleh pasangan untuk memutuskan jumlah dan jarak anak serta waktu kelahiran.

Tujuan Keluarga Berencana meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak serta mewujudkan keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera melalui pengendalian kelahiran dan pengen-

dalian pertumbuhan penduduk Indonesia. Di samping itu KB diharapkan dapat menghasilkan penduduk yang berkualitas, sumber daya manusia yang bermutu dan meningkatkan kesejahteraan keluarga. Sasaran dari program KB, meliputi sasaran langsung, yaitu pasangan usia subur yang bertujuan untuk menurunkan tingkat kelahiran dengan cara penggunaan kontrasepsi secara berkelanjutan, dan sasaran tidak langsung yang terdiri dari pelaksana dan pengelola KB, dengan cara menurunkan tingkat kelahiran melalui pendekatan kebijaksanaan kependudukan terpadu dalam rangka mencapai keluarga yang berkualitas, keluarga sejahtera.

B. RUANG LINGKUP PROGRAM KB

Ruang lingkup program KB, meliputi:

1. Komunikasi informasi dan edukasi
2. Konseling
3. Pelayanan infertilitas
4. Pendidikan seks
5. Konsultasi pra perkawinan dan konsultasi perkawinan
6. Konsultasi genetic

C. MANFAAT USAHA KB DIPANDANG DARI SEGI KESEHATAN

Peningkatan dan perluasan pelayanan KB merupakan salah satu usaha untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu yang semakin tinggi akibat kehamilan yang dialami wanita.

D. AKSEPTOR KELUARGA BERENCANA

Akseptor KB adalah proses yang disadari oleh pasangan untuk memutuskan jumlah dan jarak anak serta waktu kelahiran. Adapun jenis - jenis akseptor KB, yaitu:

1. Akseptor Aktif

Akseptor aktif adalah kseptor yang ada pada saat ini menggunakan salah satu cara / alat kontrasepsi untuk menjarangkan kehamilan atau mengakhiri kesuburan.

2. Akseptor aktif kembali

Akseptor aktif kembali adalah pasangan usia subur yang telah menggunakan kontrasepsi selama 3 (tiga) bulan atau lebih yang tidak diselingi suatu kehamilan, dan kembali menggunakan cara alat kontrasepsi baik dengan cara yang sama maupun berganti cara setelah berhenti / istirahat kurang lebih 3 (tiga) bulan berturut-turut dan bukan karena hamil.

3. Akseptor KB Baru

Akseptor KB baru adalah akseptor yang baru pertama kali menggunakan alat / obat kontrasepsi atau pasangan usia subur yang kembali menggunakan alat kontrasepsi setelah melahirkan atau abortus.

4. Akseptor KB dini

Akseptor KB dini merupakan para ibu yang menerima salah satu cara kontrasepsi dalam waktu 2 minggu setelah melahirkan atau abortus.

5. Akseptor KB langsung

Akseptor KB langsung merupakan para istri yang memakai salah satu cara kontrasepsi dalam waktu 40 hari setelah melahirkan atau abortus.

6. Akseptor KB *dropout*

Akseptor KB *dropout* adalah akseptor yang menghentikan pemakaian kontrasepsi lebih dari 3 bulan (BKKBN, 2007).

E. PASANGAN USIA SUBUR

Pasangan usia subur yaitu pasangan suami istri yang istrinya berumur 25 - 35 tahun atau pasangan suami istri yang istrinya berumur kurang dari 15 tahun dan sudah haid atau istri berumur lebih dari 50 tahun tetapi masih haid (datang bulan).

F. KONTRASEPSI

Istilah kontrasepsi berasal dari kata kontra dan konsepsi. Kontra berarti "melawan" atau "mencegah", sedangkan konsepsi adalah pertemuan antara sel telur yang matang dengan sperma yang mengakibatkan kehamilan. Maksud dari konsepsi adalah menghindari/mencegah terjadinya kehamilan sebagai akibat adanya pertemuan antara sel telur dengan sel sperma. Untuk itu, berdasarkan maksud dan tujuan kontrasepsi, maka yang membutuhkan kontrasepsi adalah pasangan yang aktif melakukan hubungan seks dan kedua-duanya memiliki kesuburan normal namun tidak menghendaki kehamilan. Kontrasepsi adalah usaha - usaha untuk mencegah terjadinya kehamilan, usaha itu dapat bersifat sementara dapat bersifat permanen. Adapun akseptor KB menurut sasarannya, meliputi:

1. Fase Menunda Kehamilan

Masa menunda kehamilan pertama sebaiknya dilakukan oleh pasangan yang istrinya belum mencapai usia 20 tahun. Karena usia di bawah 20 tahun adalah usia yang sebaiknya menunda untuk mempunyai anak dengan berbagai alasan. Kriteria kontrasepsi yang diperlukan yaitu kontrasepsi dengan pulihnya kesuburan yang tinggi, artinya kembalinya kesuburan dapat terjamin

100%. Hal ini penting karena pada masa ini pasangan belum mempunyai anak, serta efektifitas yang tinggi. Kontrasepsi yang cocok dan yang disarankan adalah pil KB, AKDR.

2. Fase Mengatur/Menjarangkan Kehamilan

Periode usia istri antara 20 - 30 tahun merupakan periode usia paling baik untuk melahirkan, dengan jumlah anak 2 orang dan jarak antara kelahiran adalah 2 – 4 tahun. Kriteria kontrasepsi yang diperlukan yaitu efektifitas tinggi, reversibilitas tinggi karena pasangan masih mengharapkan punya anak lagi. Kontrasepsi dapat dipakai 3-4 tahun sesuai jarak kelahiran yang direncanakan.

3. Fase Mengakhiri Kesuburan

Sebaiknya keluarga setelah mempunyai 2 anak dan umur istri lebih dari 30 tahun tidak hamil. Kondisi keluarga seperti ini dapat menggunakan kontrasepsi yang mempunyai efektifitas tinggi, karena jika terjadi kegagalan hal ini dapat menyebabkan terjadinya kehamilan dengan resiko tinggi bagi ibu dan anak. Di samping itu jika pasangan akseptor tidak mengharapkan untuk mempunyai anak lagi, kontrasepsi yang cocok dan disarankan adalah metode kontak, AKDR, implan, suntik KB dan pil KB.

Adapun syarat - syarat kontrasepsi, yaitu:

1. aman pemakaiannya dan dapat dipercaya.
2. efek samping yang merugikan tidak ada.
3. kerjanya dapat diatur menurut keinginan.
4. tidak mengganggu hubungan persetubuhan.

5. tidak memerlukan bantuan medik atau kontrol ketat selama pemakaian.
6. cara penggunaannya sederhana
7. harganya murah supaya dapat dijangkau oleh masyarakat luas.
8. dapat diterima oleh pasangan suami istri.

G. MUTU PELAYANAN KB

Akses terhadap pelayanan Keluarga Berencana yang bermutu merupakan suatu unsu penting dala upaya mencapai pelayanan Kesehatan Reproduksi sebagaimana tercantum dalam program aksi dari *International Conference on Population and Development*, Kairo 1994. Secara khusus dalam hal ini termasuk hak setiap orang untuk memperoleh informasi dan akses terhadap berbagai metode kontrasepsi yang aman, efektif, terjangkau, dan akseptabel. Sementara itu, peran dan tanggung jawab pria dalam Keluarga Berencana perlu ditingkatkan, agar dapat mendukung kontrasepsi oleh istrinya, meningkatkan komunikasi di antara suami istri, meningkatkan penggunaan metode kontrasepsi pria, meningkatkan upaya pencegahan IMS, dan lain-lain. Pelayanan Keluarga Berencana yang bermutu meliputi hal-hal antara lain:

1. Pelayanan perlu disesuaikan dengan kebutuhan klien
2. Klien harus dilayani secara profesional dan memenuhi standar pelayanan
3. Kerahasiaan dan privasi perlu dipertahankan
4. Upayakan agar klien tidak menunggu terlalu lama untuk dilayani

5. Petugas harus memberi informasi tentang pilihan kontrasepsi yang tersedia
6. Petugas harus menjelaskan kepada klien tentang kemampuan fasilitas kesehatan dalam melayani berbagai pilihan kontrasepsi
7. Fasilitas pelayanan harus memenuhi persyaratan yang ditentukan
8. Fasilitas pelayanan tersedia pada waktu yang ditentukan dan nyaman bagi klien
9. Bahan dan alat kontrasepsi tersedia dalam jumlah yang cukup
10. Terdapat mekanisme supervisi yang dinamis dalam rangka membantu menyelesaikan masalah yang mungkin timbul dalam pelayanan.
11. Ada mekanisme umpan balik yang relatif dari klien

Dalam upaya meningkatkan keberhasilan program Keluarga Berencana diperlukan petugas terlatih yang:

1. Mampu memberikan informasi kepada klien dengan sabar, penuh pengertian, dan peka
2. Mempunyai pengetahuan, sikap positif, dan ketrampilan teknis untuk member pelayanan dalam bidang kesehatan reproduksi
3. Memenuhi standar pelayanan yang sudah ditentukan
4. Mempunyai kemampuan mengenal masalah
5. Mempunyai kemampuan mengambil langkah-langkah yang tepat dalam mengatasi masalah tersebut, termasuk kapan dan kemana merujuk jika diperlukan
6. Mempunyai kemampuan penilaian klinis yang baik

7. Mempunyai kemampuan memberi saran-saran untuk perbaikan program
8. Mempunyai pemantauan dan supervisi berkala
9. Pelayanan program Keluarga Berencana yang bermutu membutuhkan:
10. Pelatihan staf dalam bidang konseling, pemberian informasi dan ketrampilan teknis
11. Informasi yang lengkap dan akurat untuk klien agar mereka dapat memilih sendiri metode kontrasepsi yang akan digunakan
12. Suasana lingkungan kerja di fasilitas kesehatan berpengaruh terhadap kemampuan petugas dalam memberikan pelayanan yang bermutu, khususnya dalam kemampuan teknis dan interaksi interpersonal antara petugas dan klien
13. Petugas dan klien mempunyai visi yang sama tentang pelayanan yang bermutu

Tabel 3.1 Peran Petugas dalam Pelayanan Keluarga Berencana

Metode KB	Petugas			
	Dokter	Bidan	Perawat	PLKB
Pil kombinasi	√	√	√	√
Pil Progestin	√	√	√	√
Suntikan Progestin	√	√	K	K
Suntikan Kombinasi	√	√	K	K
Implan	√	√	K	K
Tubektomi	√	K	K	K
Vasektomi	√	K	K	K

Metode KB	Petugas			
	Dokter	Bidan	Perawat	PLKB
Kondom	√	√	√	√
AKDR	√	√	K	K
Kalender	√	√	√	√
Metode Amenora Laktasi	√	√	√	√
Abstinensi	√	√	√	√

Keterangan:

K: hanya konseling dan merujuk

√ : Memberi pelayanan

Tabel 3.2 Peran Fasilitas Kesehatan dalam Pelayanan Keluarga Berencana

Metode KB	Petugas			
	RS	Puskesmas TT	Puskesmas	Posyandu
Pil kombinasi	√	√	√	√
Pil Progestin	√	√	√	K
Suntikan Progestin	√	√	√	√
Suntikan Kombinasi	√	√	√	√
Implan	√	√	√	K
Tubektomi	√	√	K	K
Vasektomi	√	√	√	K
Kondom	√	√	√	√

Metode KB	Petugas			
	RS	Puskesmas TT	Puskesmas	Posyandu
AKDR	√	√	√	K
Kalender	√	√	√	√
Metode Amenora Laktasi	√	√	√	√
Abstinensi	√	√	√	√

Keterangan:

K: hanya konseling dan merujuk

□ : Memberi pelayanan

Urutan prioritas	Fase menunda kehamilan	Fase menjarangkan kehamilan (anak ≤ 2)	Fase tidak hamil lagi (anak ≥ 3)
1	Pil	AKDR	Steril
2	AKDR	Suntikan	AKDR
3	Kondom	Minipil	Implan
4	Implan	Pil	Suntikan
5	Suntikan	Implan	Kondom
6		Kondom	Pil

Gambar 3.1 Pilihan metode kontrasepsi berdasarkan tujuan pemakaiannya

TINGKAT EFEKTIFITAS METODE KONTRASEPSI

Kehamilan per 100 perempuan dalam 12 bulan pertama pemakaian			Kehamilan per 100 perempuan dalam 12 bulan pertama pemakaian		
Metode Kontrasepsi	Dipakai secara tepat dan konsisten	Dipakai secara biasa	Metode Kontrasepsi	Dipakai secara tepat dan konsisten	Dipakai secara biasa
Implan	0,05	0,05	Kondom pria	2	15
Vasektomi	0,1	0,15	Metoda penilaian ovulasi	3	
AKDR LNG	0,2	0,2	Metoda Simptotermal	4	
Tubektomi	0,5	0,5	Metode Kalender	5	
AKDR TCu 380A	0,6	0,8	Diafragma dengan spermisida	6	16
Metode amenore laktasi (6 bulan)	0,9	2	Kondom wanita	5	21
Suntikan kombinasi sebulan sekali	0,05	3	Metoda alamiah lainnya		25
Suntikan progestin	0,3	3	Senggama terputus	4	27
Pil kombinasi	0,3	8	Spermisida	18	29
Pil Progestin	0,3	8	Tudung serviks	26 ; 9	32 ; 16
Koyo kombinasi	0,3	8	Tidak menggunakan kontrasepsi	85	85
Cincin vagina kombinasi	0,3	8			

0 - 0,9	1 - 9	10 - 25	26 - 32
Sangat Efektif	Efektif	Cukup Efektif	Kurang Efektif

Gambar 3.2. Tingkat Efektivitas metode kontrasepsi

H. PENDEKATAN KB BERBASIS HAK

Strategi ini menggunakan pendekatan berbasis hak, yang artinya langkah-langkah strategis yang dijelaskan di dalam dokumen ini bertujuan untuk memastikan terpenuhinya prinsip-prinsip hak asasi manusia sehingga masyarakat mendapatkan pelayanan dan informasi keluarga berencana dan kesehatan reproduksi yang dibutuhkannya untuk menjalani kehidupan reproduksi yang sehat dan aman.

Strategi berbasis hak ini berlandaskan pada prinsip hak asasi manusia yang meliputi:

1. Hak terhadap akses ke informasi KB dan pelayanan dengan standar tertinggi

2. Keadilan dalam akses
3. Pendekatan sistem kesehatan yang dapat diterapkan di sektor pemerintah dan swasta:
 - a. Integrasi KB dalam kontinum pelayanan kesehatan reproduksi
 - b. Standar etika dan professional dalam memberikan pelayanan keluarga berencana
4. Perencanaan program berbasis bukti
5. Transparansi dan akuntabilitas
6. Pelayanan yang sensitif gender
7. Sensitivitas budaya
8. Kemitraan

Empat tujuan strategis dalam Strategi KB Berbasis Hak meliputi:

Tujuan strategis 1: Tersedianya Sistem penyediaan pelayanan KB merata dan berkualitas di sektor pemerintah dan swasta untuk menjamin agar setiap warga negara dapat memenuhi tujuan reproduksi mereka.

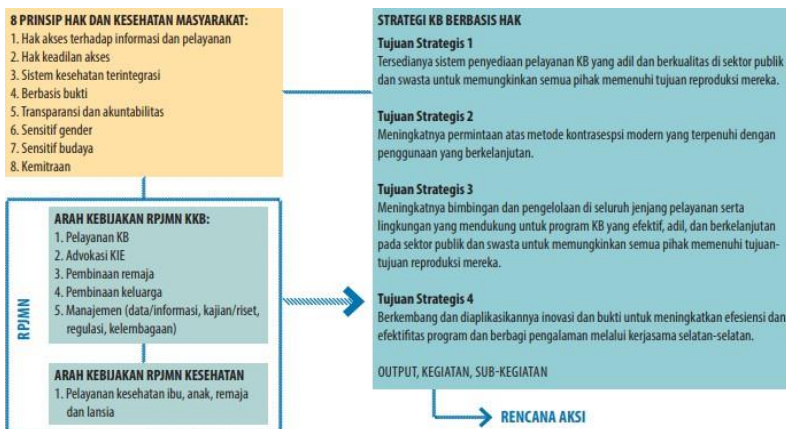
Tujuan strategis 2: Meningkatnya permintaan atas metode kontrasepsi modern yang terpenuhi dengan penggunaan yang berkelanjutan.

Tujuan strategis 3: Meningkatnya bimbingan dan pengelolaan di seluruh jenjang pelayanan serta lingkungan yang mendukung untuk program KB yang efektif, adil, dan berkelanjutan pada sektor publik dan swasta untuk memungkinkan semua pihak memenuhi tujuan-tujuan reproduksi mereka

Tujuan strategis 4: Berkembang dan diaplikasikannya inovasi dan bukti untuk meningkatkan efisiensi dan efektifitas

program, dan berbagi pengalaman melalui kerjasama Selatan-Selatan.

Tujuan-tujuan strategis di atas disusun dengan mengacu kepada arah kebijakan RPJMN. Kegiatan, output dan dampak strategi KB yang berbasis hak mengintegrasikan prinsip hak asasi manusia dan pendekatan berbasis kesehatan masyarakat yang sangat berpengaruh dalam keberhasilan mencapai tujuan demografis. Hubungan antara RPJMN dan strategi Keluarga Berencana berbasis hak dapat di lihat pada Gambar 3.3.



Gambar 3.3 Hubungan antara RPJMN dan Strategy KB Berbasis Hak

I. ISU TERKAIT DENGAN SUMBER DAYA MANUSIA DALAM PROGRAM KELUARGA BERENCANA

Kajian yang dilakukan oleh UNFPA pada tahun 2012 (UNFPA, 2012) menunjukkan banyak tantangan yang dihadapi pemerintah kabupaten/kota dalam melaksanakan program

keluarga berencana. Tantangan-tantangan tersebut meliputi tidak tersedianya para petugas lapangan keluarga berencana (PLKB/PKB), kurangnya kapasitas pengelola program, dan terbatasnya pendanaan untuk program keluarga berencana. Rendahnya kapasitas pengelola program keluarga berencana di tingkat kabupaten/kota telah diidentifikasi sebagai tantangan utama, bahkan untuk kabupaten/kota yang memiliki Badan Kependudukan Keluarga Berencana Daerah yang berfungsi penuh dan independen. Disamping itu, masalah penting lain yang dihadapi oleh kabupaten/kota adalah ketersediaan PLKB/PKB. Seorang PLKB/PKB sedianya bertanggung jawab untuk mengelola sebanyak-banyaknya 2 desa. Namun, saat ini perbandingan PLKB/PKB dengan jumlah desa yang ditanganinya sangat bervariasi dengan rasio yang sangat rendah di sebagian besar kabupaten/kota, terutama di wilayah timur Indonesia, dimana rata-rata 1 orang PLKB/PKB melayani 3,6 desa.

Kemampuan dan kapasitas Organisasi Perangkat Daerah KB (OPD KB) untuk memberikan advokasi kepada para pembuat keputusan anggaran di kabupaten/kota, seperti Walikota/ Bupati, Badan Perencanaan Pembangunan Daerah (Bappeda), dan Dewan Perwakilan Rakyat Daerah (DPRD) juga masih terbatas, sebagaimana dilaporkan dalam hasil kajian. Tingginya pergantian staf dan perpindahan posisi kerja ke tempat yang berbeda, latar belakang pendidikan yang tidak sesuai, dan kurangnya pengalaman kerja dalam program keluarga berencana merupakan sebagian dari temuan-temuan utama yang berulang kali ditemukan di banyak kabupaten/kota. Hal ini berkontribusi pada rendahnya alokasi dana untuk program keluarga berencana.

Isu penting lainnya adalah ketersediaan petugas kesehatan seperti bidan di lapangan. Bidan adalah penyedia pelayanan keluarga berencana utama di Indonesia. Meskipun jumlah dan distribusi bidan dilaporkan lebih baik dibandingkan dengan dengan petugas kesehatan lainnya seperti dokter umum dan dokter spesialis, namun distribusi bidan juga masih tidak merata dan terkonsentrasi di kota-kota besar. Rasio petugas kesehatan menurut jumlah penduduk dapat dilihat pada Gambar 3.4 di bawah ini.

Tenaga Kesehatan	Rasio per 100.000 penduduk
Dokter Umum	45
Perawat	180
Bidan	120

Gambar 3,4 Rasio Tenaga Kesehatan menurut Jumlah Penduduk tahun 2016

J. JAMINAN KETERSEDIAAN KONTRASEPSI

Kajian yang dilaksanakan oleh BKKBN dan UNFPA di tahun 2013 menunjukkan beberapa isu dan tantangan dalam manajemen logistik kontrasepsi sebagai berikut:

1. Metodologi perencanaan kebutuhan alokon yang berdasarkan target dan bukan berdasarkan pemakaian yang sebenarnya menyebabkan terjadinya overestimasi pada perhitungan cakupan program keluarga berencana.
2. Masalah distribusi alokon ke titik-titik tempat pelayanan. Kajian menemukan stock-out tinggi (42%) di titik-titik tempat pelayanan.

3. Dalam konteks gudang dan penanganan komoditas keluarga berencana, banyak gudang yang masih belum memenuhi standard.
4. Terbatasnya kapasitas gudang serta kurangnya pengalaman dan ketrampilan staf logistik merupakan hal yang berkontribusi terhadap temuan di atas.

LATIHAN SOAL

1. Apakah yang dimaksud dengan keluarga berencana?
2. Bagaimanakah konsep pelayanan keluarga berencana?
3. Apakah yang dimaksud dengan pendekatan keluarga berencana berbasis hak?

REFERENSI

BKKBN; Kemenkes RI; Bappenas; UNFPA; Embassy of Canada. Strategi Pelaksanaan Program Keluarga Berencana Berbasis Hak untuk Percepatan Akses terhadap Pelayanan Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi yang Terintegrasi dalam Mencapai Tujuan Pembangunan Indonesia. 2017

Kemenkes RI. Pedoman Pelayanan Keluarga Berencana Pasca Persalinan di Fasilitas Kesehatan. Kementerian Kesehatan RI. 2014

Kemenkes RI. Situasi Keluarga Berencana di Indonesia. Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI. Jakarta, 2013

ISU-ISU KESEHATAN REPRODUKSI

CAPAIAN PEMBELAJARAN

1. Mahasiswa mampu menguraikan konsep KB pasca abortus
2. Mahasiswa mampu menjelaskan jenis dan dampak kekerasan pada perempuan
3. Mahasiswa mampu menguraikan konsep infertilitas

MATERI PEMBELAJARAN

A. KB PASCA ABORTUS

KB Pasca Keguguran yang selanjutnya disingkat PK adalah pelayanan KB yang diberikan setelah penanganan keguguran saat di faskes atau 14 (empat belas) hari pasca keguguran. Pilihan kontrasepsi bagi pelayanan pasca keguguran meliputi;

1. metode hormonal seperti pil, suntik dan implan dapat segera diberikan setelah keguguran;
2. MOW dan AKDR dapat segera diberikan, namun harus dipastikan sebelumnya bahwa tidak adanya komplikasi pasca keguguran;
3. penggunaan kondom sangat dianjurkan apabila adanya risiko penularan infeksi menular seksual (IMS) atau HIV, akan sangat efektif sebagai perlindungan ganda apabila

digunakan bersama metode kontrasepsi lain yang efektif;

4. metode kontrasepsi alami tidak dianjurkan hingga siklus menstruasi telah kembali.

Faktor individual yang perlu dipertimbangkan dalam konseling KB Pasca Keguguran adalah:

No.	Faktor individu	Rekomendasi	Rasional
1	Jika ibu tidak ingin hamil segera	Dapat dipertimbangkan semua jenis metode KB	Tangani komplikasi aborsi dan pastikan bahwa ibu tidak ingin hamil segera
2	Jika ibu dalam keadaan stress dan kesakitan	<ul style="list-style-type: none"> • Dapat dipertimbangkan semua jenis metode kontrasepsi • Jangan disarankan untuk metode kontrasepsi permanen • Rujuk ibu untuk penanganan kontrasepsi 	<ul style="list-style-type: none"> • Stress dan kesakitan yang dialami dapat mempengaruhi keputusan berKB • Saat penanganan komplikasi bukanlah waktu yang tepat untuk membuat keputusan yang tetap
3	Jika ibu mengalami kegagalan kontrasepsi (hamil saat menggunakan kontrasepsi).	<ul style="list-style-type: none"> • Selidiki penyebab kegagalan kontrasepsi yang digunakan dan keefektifannya • Bantu ibu untuk menggunakan metode KB yang efektif • Pastikan ibu memahami KB yang akan digunakan kemudian, penanganan lanjutan, keberlangsungan penggunaan dan kemungkinan untuk ganti metode 	<ul style="list-style-type: none"> • Kegagalan kontrasepsi, penggunaan yang tidak efektif, kekurangan suplai kontrasepsi dapat menyebabkan kehamilan yang tidak diinginkan. • Factor-faktor yang diatas dapat ditemukan lagi dan menimbulkan kehamilan yang tidak diinginkan dikemudian hari
4	Jika ibu berhenti menggunakan kontrasepsi	<ul style="list-style-type: none"> • Selidiki kenapa ibu berhenti menggunakan kontrasepsi (efek samping, sulitnya akses 	<ul style="list-style-type: none"> • Efek samping dan minimnya akses untuk kontrasepsi lanjutan dapat menimbulkan

No.	Faktor individu	Rekomendasi	Rasional
		ulangan) <ul style="list-style-type: none"> • Bantu ibu untuk menggunakan metode KB yang efektif • Pastikan ibu memahami metode KB yang akan digunakan kemudian, penanganan lanjutan, keberlangsungan penggunaan dan kemungkinan untuk ganti metode 	kehamilan yang tidak diinginkan
5.	Jika pasangan (suami) tidak ingin menggunakan kondom atau tidak mengizinkan ibu menggunakan metode lain	<ul style="list-style-type: none"> • Libatkan pasangan dalam memberikan konseling • Lindungi ibu (kerahasiaannya) apabila ibu tidak melibatkan pasangannya • Diskusikan metode yang dapat digunakan ibu tanpa pasangan dapat mengetahuinya (mis; suntikan) • Jangan rekomendasikan metode yang tidak dapat digunakan secara efektif oleh ibu 	<ul style="list-style-type: none"> • Melibatkan pasangan pada konseling akan mempengaruhi kepesertaan pria dalam ber-KB ataupun dukungannya • Apabila ibu tidak ingin melibatkan pasangannya dalam ber-KB, maka keputusannya harus tetap dihargai
6	Jika wanita adalah korban dari kejahatan seksual dan perkosaan	Informasikan tentang Kontrasepsi darurat (dimungkinkan metode yang lainnya)	<ul style="list-style-type: none"> • Wanita memiliki risiko terhadap kejahatan dan pemerkosaan berulang • Membutuhkan penggunaan kontrasepsi dan metode kontrasepsi lainnya
7	Jika ibu ingin	<ul style="list-style-type: none"> • Jangan pengaruhi ibu 	Apabila ibu telah

No.	Faktor individu	Rekomendasi	Rasional
	segera hamil	untuk menggunakan metode KB <ul style="list-style-type: none"> • Berikan informasi apabila ibu memberikan pelayanan kesehatan reproduksi lainnya • Kehamilan disarankan setelah 6 bulan pasca keguguran 	mengalami keguguran yang berulang, perlu penanganan infertilitas

Pertimbangan penggunaan alat kontrasepsi berdasarkan kondisi klinis pasien dapat mengacu pada tabel dibawah ini

Kondisi Klinis	Rekomendasi	Perhatian
Abortus inkomplet tanpa komplikasi	<ul style="list-style-type: none"> • Semua jenis metode kontrasepsi • Implan, suntikan dan pil dapat digunakan segera 	Tidak disarankan untuk KB alami sampai siklus mesntruasi kembali normal MOW dapat dilakukan
Dicurigai adanya kemungkinan infeksi ; <ul style="list-style-type: none"> • Tanda dan gejala sepsis • Tanda aborsi induksi dan aborsi tidak aman • Infeksi yang tidak dapat disingkirkan 	<ul style="list-style-type: none"> • Semua jenis metode kontrasepsi • Implant, suntikan dan pil dapat digunakan segera 	MOW dan IUD tidak disarankan sampai infeksi dapat ditangani sepenuhnya (biasanya sampai 3 bulan) atau sampai risiko infeksi dapat disingkirkan
Perluasan daerah genital ; <ul style="list-style-type: none"> • Perforasi uteri • Perluasan pada vagina atau serviks,termas uk karena bahan kimia 	Implant, suntikan dan pil dapat digunakan segera	<ul style="list-style-type: none"> • MOW dan IUID dapat dilakukan setelah perlukaan sembuh • Segala metode yang dimasukan ke vagina (IUD, kondom) dilakukan setelah perlukaan sembuh
Perdarahan yang berat atau disertai dengan anemia	<ul style="list-style-type: none"> • IUD dengan progestin • Pil kombinasi oral 	<ul style="list-style-type: none"> • MOW jangan dilakukan sampai penyebab anemia teratasi

Kondisi Klinis	Rekomendasi	Perhatian
		<ul style="list-style-type: none"> • Hati-hati penggunaan Pil progestin pada penderita anemia • Implan, suntikan dan IUD tunda penggunaan sampai anemia teratasi
Aborsi trimester kedua	Implan, suntikan, pil dapat digunakan segera	<ul style="list-style-type: none"> • MOW gunakan minilaparotomi , jika tehnik tidak memungkinkan, tunda prosedur hingga ukuran uterus (4 sampai 6 minggu) • IUD dapat dipasangkan setinggi uterus, jika tidak memungkinkan tunda hingga 4 sampai 6 minggu)

B. KEKERASAN PADA PEREMPUAN

Catatan Tahunan (CATAHU) Komisi Nasional Anti Kekerasan Terhadap Perempuan (Komnas Perempuan) mencatat kasus-kasus kekerasan terhadap perempuan yang diterima oleh berbagai lembaga masyarakat maupun institusi pemerintah yang tersebar di hampir semua provinsi di Indonesia, serta pengaduan langsung yang diterima oleh Komnas Perempuan melalui Unit Pengaduan Rujukan (UPR) maupun melalui email resmi Komnas Perempuan, dalam kurun waktu satu tahun ke belakang. Tahun 2017 Komnas perempuan mengirimkan 751 lembar formulir kepada lembaga mitra Komnas Perempuan di seluruh Indonesia dengan tingkat respon pengembalian mencapai 32%, yaitu 237 formulir.

Tahun 2017 jumlah kasus yang dilaporkan meningkat sebesar 74 % dari tahun 2016. Jumlah kasus KTP 2017

sebesar 348.446, jumlah ini melonjak jauh dibandingkan dengan tahun sebelumnya sebesar 259.150. Sebagian besar data bersumber dari kasus atau perkara yang ditangani oleh PN/PA. Data ini dihimpun dari 3 sumber yakni; [1] Dari PN / Pengadilan Agama sejumlah 335.062 kasus. [2] dari Lembaga layanan mitra Komnas Perempuan sejumlah 13.384 kasus; [3] dari Unit Pelayanan dan Rujukan (UPR), satu unit yang sengaja dibentuk oleh Komnas Perempuan untuk menerima pengaduan korban yang datang langsung ke Komnas Perempuan dan (4) dari divisi pemantauan yang mengelola pengaduan yang masuk lewat surat dan surat elektronik.

Berdasarkan data-data yang terkumpul tersebut jenis kekerasan terhadap perempuan yang paling menonjol sama seperti tahun sebelumnya adalah KDRT/RP (ranah personal) yang mencapai angka 71% (9.609). Ranah pribadi paling banyak dilaporkan dan tidak sedikit diantaranya mengalami kekerasan seksual. Posisi kedua KtP di ranah komunitas/publik dengan persentase 26% (3.528) dan terakhir adalah KtP di ranah negara dengan persentase 1,8% (217). Pada ranah KDRT/RP kekerasan yang paling menonjol adalah kekerasan fisik 3.982 kasus (41%), menempati peringkat pertama disusul kekerasan seksual kasus 2.979 (31%), psikis 1.404 (15%) dan ekonomi 1.244 kasus (13%).

Pada ranah publik dan komunitas kekerasan terhadap perempuan tercatat 3,528 kasus. 76% kekerasan terhadap perempuan di Ranah Publik atau Komunitas adalah Kekerasan Seksual yaitu Pencabulan (911), Pelecehan Seksual (704) dan Perkosaan (699). Sementara itu persetubuhan sebanyak 343 kasus.

Di ranah (yang menjadi tanggung jawab) Negara, kasus pengusuran yang dilaporkan dan atau dipantau yang terjadi pada warga Batu Ampar (Bali) dan Cilincing (Jakarta) dan kasus ancaman pengusuran di Taman Sari (Jawa Barat) dan warga Baraya Raya (Sulawesi Selatan).

Untuk kekerasan di ranah rumah tangga/relasi personal, kekerasan terhadap istri (KTI) menempati peringkat pertama 5.167 kasus (54%), disusul kekerasan dalam pacaran 1.873 kasus (19%), kekerasan terhadap anak perempuan 2.227 kasus (23%) dan sisanya kekerasan mantan suami, kekerasan mantan pacar, serta kekerasan terhadap pekerja rumah tangga. Angka kekerasan terhadap anak perempuan yang tinggi pada CATAHU 2018 ini memperlihatkan bahwa menjadi anak perempuan di dalam rumah bukan lagi hal yang aman. Diantara mereka mengalami kekerasan seksual. Bahkan aspek paling mengkhawatirkan adalah kasus incest sebesar 1.210 dimana pelaku adalah ayah kandung sebesar 425. Perhatian dan keberanian melaporkan kasus yang dialami anak perempuan kepada lembaga layanan menunjukkan langkah maju perempuan yang selama ini cenderung menutup dan memupuk impunitas pelaku anggota keluarga.

CATAHU 2018 ini menggambarkan beragam spectrum kekerasan terhadap perempuan yang terjadi sepanjang tahun 2017. Beberapa kasus yang perlu mendapat perhatian diantaranya kekerasan terhadap perempuan di dunia maya yang mencakup penghakiman digital bernuansa seksual, penyiksaan seksual, persekusi Online dan offline, maraknya situs dan aplikasi prostitusi online berkedok agama (Misalnya, ayopoligami.com dan nikahsiri.com), ancaman

kriminalisasi perempuan dengan menggunakan UU ITE, serta kerentanan eksploitasi seksual anak perempuan dan eksploitasi tubuh perempuan di dunia maya.

Pada tahun 2017 kekerasan seksual masih terjadi dan terus mengancam perempuan. Kasus perkosaan kepada siswi SMP di Bengkulu dan anak sekolah di sebuah TK di Bogor merefleksikan bahwa anak dan remaja perempuan sulit mendapatkan ruang aman, bahkan di wilayah institusi pendidikan yang seharusnya memberi melindungi mereka. Kasus-kasus pelecehan seksual di kendaraan umum, antara lain di kereta api juga menunjukkan bahwa perempuan tidak mendapat jaminan keamanan di ruang publik. Situasi ini kembali menegaskan pentingnya pengesahan rancangan UU Penghapusan Kekerasan Seksual sesegera mungkin.

CATAHU 2018 juga menyorot ancaman femisida dan KDRT terhadap perempuan dan anak perempuan. Bahkan bentuk kekerasannya semakin diperparah dengan mutilasi. Terkait dengan pelaku KTP, hal yang memprihatinkan adalah para pejabat publik dan tokoh masyarakat juga terlibat sebagai pelaku. Ironisnya, perspektif pejabat publik yang seharusnya bertanggung jawab melindungi perempuan dari kekerasan, justru mengkhawatirkan dengan memberi pernyataan publik yang memojokkan korban, termasuk korban perkosaan. Tahun 2017, Politisasi spiritualitas dan agama untuk eksploitasi seksual semakin menggambarkan bagaimana tubuh perempuan terus menghadapi ancaman kekerasan dan eksploitasi seksual. Alih-alih mendapat perlindungan dan akses keadilan, perempuan korban KTP justru kerap menjadi korban kriminalisasi.

Kekerasan juga dihadapi PRT dan PRT migran. Hal ini diperparah dengan rentannya mereka terhadap perdagangan orang. Kekerasan terhadap mereka kerap diperparah dengan kriminalisasi yang menyebabkan mereka semakin tidak berdaya. Terlebih, hingga saat ini, belum ada payung hukum yang memadai untuk melindungi hak-hak mereka. Pekerja migran perempuan pada tahun 2017 banyak yang menghadapi ancaman hukuman mati. Upaya pembelaan yang dilakukan pemerintah Indonesia menghadapi dilema karena pada saat yang sama Indonesia melakukan eksekusi mati di dalam negeri.

Kekerasan juga mengancam perempuan aktivis pembela HAM. Ini terpotret pada CATAHU 2018 pada peristiwa Pemukulan Perempuan Pimpinan Serikat Buruh oleh Kanit Intelkam Kepolisian Resor Metro Tangerang dan Perlakuan yang Merendahkan Aktivis Perempuan oleh Anggota Kepolisian Resor Kota Palangkaraya yang terjadi pada tahun 2017. Ini juga terjadi pada para aktivis yang mencoba menguak pelanggaran HAM masa lalu, seperti terlihat peristiwa penyerangan pertemuan bersama penyintas 65/66 di LBH Jakarta. Ruang kebebasan beragama pada perempuan juga mengemuka pada tahun 2017. Ini tampak jelas pada Kasus Penyegehan Masjid Jamaah Ahmadiyah Indonesia (JAI) Depok dan Kasus Pembubaran Jalsah Salanah (Pertemuan Tahunan) JAI Papua.

CATAHU 2018 juga mencatat sejumlah kemajuan termasuk di bidang hukum. Kemajuan tersebut dapat dilihat pada terciptanya berbagai produk kebijakan yang berpotensi melindungi perempuan dari kekerasan, antara lain: MoU Komnas Perempuan dan LPSK terkait Perlindungan Saksi dan

Korban untuk Kasus-kasus Kekerasan terhadap Perempuan, Kesepakatan Bersama 13 Kementerian/ Lembaga untuk "Penyelenggaraan Penanganan Terpadu Kasus Kekerasan Terhadap Perempuan",

Visum Gratis sebagai Akses Keadilan bagi Korban Tindak Kekerasan terhadap Perempuan dan Anak DKI Jakarta, Integrasi Layanan Darurat 112 oleh Pemda DKI untuk Layanan KtP, Putusan Judicial Review UU Administrasi Kependudukan No. 23 Tahun 2006 dan UU No. 24 Tahun 2013 tentang Administrasi Kependudukan bagi Penghayat, Peraturan Mahkamah Agung (Perma) Nomor 3 Tahun 2017 tentang Pedoman Mengadili Perkara Perempuan yang Berhadapan dengan Hukum, Putusan Mahkamah Konstitusi yang Menolak Permohonan Perluasan Pasal Perzinahan, Pengesahan Undang-undang No. 18 Tahun 2017 tentang Perlindungan Pekerja Migran Indonesia (UU PPMI), Kebijakan Restitusi Bagi Anak yang Menjadi Korban Tindak Pidana, Perluasan Akses Pemulihan Perempuan Korban Berusia Anak. Hal lain yang menggembirakan juga adalah ketika PN Jakarta Selatan mengabulkan seluruh tuntutan seorang perempuan disabilitas yang mengalami diskriminasi dari maskapai penerbangan Etihad yang menurunkannya dari pesawat karena dianggap tidak mampu menyelamatkan dirinya. Pihak tergugat harus membayar kerugian yang diderita penggugat sebesar Rp.537 juta akibat tindakan diskriminatif tersebut. Kemenangan ini merupakan terobosan baru di bidang hukum dalam melindungi kaum disabilitas dan konsistensi pemerintah dalam menjalankan UU no.8 tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas.

Di sisi lain, CATAHU 2018 juga mencatat berbagai hambatan menciptakan perlindungan hukum bagi perempuan. Ini dapat dilihat dari lambannya perkembangan RUU PKS dan mandeknya pembahasan RUU PRT di DPR. Di lain pihak, perkembangan pembahasan RUU KUHP di DPR memunculkan kekhawatiran kalangan perempuan atas potensi diskriminasi dan kerentanan baru perempuan. RUU KUHP harus dipastikan untuk meniadakan kriminalisasi apapun terhadap perempuan khususnya perempuan korban kekerasan.

C. KEKERASAN DALAM RUMAH TANGGA

1. KDRT telah Menjadi Isu Kebijakan di Indonesia sejak Tahun 2004

UU No. 23/2004 tentang KDRT merupakan prestasi penting Komisi Nasional Anti Kekerasan Terhadap Perempuan (Komnas Perempuan) dan gerakan perempuan di Indonesia. UU tersebut memperluas definisi KDRT dan potensi korban KDRT, mengkriminalisasi pelecehan seksual untuk pertama kalinya di Indonesia dan mengakui hak-hak korban. Berbagai fasilitas untuk membantu korban didirikan dalam kurun waktu 2004-2009, termasuk Pusat Pelayanan Terpadu Pemberdayaan Perempuan dan Anak, Pusat Krisis Terpadu dan Unit Pelayanan Perempuan dan Anak di sejumlah propinsi dan kabupaten/kota. Rencana Pembangunan Nasional 2010-2014 mengakui bahwa langkah-langkah untuk meningkatkan kualitas perlindungan terhadap perempuan dan anak-anak perlu diperluas di seluruh

Indonesia. Selain itu, Peta Jalan untuk Mempercepat Tujuan Pembangunan Milenium (MDG) telah mengidentifikasi “peningkatan perlindungan bagi perempuan terhadap segala bentuk kekerasan” sebagai prioritas untuk mencapai tujuan MDG no. 3 tentang Kesetaraan Gender dan menyebutkan komitmen untuk “meningkatkan perlindungan hak-hak perempuan terhadap segala bentuk kekerasan melalui pencegahan, dukungan pelayanan, dan pemberdayaan” (Bappenas, tahun 2010).

2. Pelaksanaan undang-undang dan kebijakan dipengaruhi oleh adanya pendapat bahwa KDRT adalah urusan pribadi.

Meski peraturan perundangan ditujukan untuk mengubah pemahaman masyarakat tentang kekerasan berbasis gender dan memberikan pelayanan bagi korban, pelaksanaannya dipengaruhi oleh adanya pendapat bahwa KDRT merupakan persoalan pribadi, dan ini didukung oleh norma-norma budaya dan agama. Selain itu, belum ada kesepakatan tentang apa yang termasuk kekerasan terhadap perempuan. Namun, Nahdlatul Ulama (NU) menganggap perdagangan orang sebagai bentuk perbudakan. Sebagai salah satu organisasi Islam independen terbesar di dunia, fatwa NU mempunyai pengaruh yang besar terhadap masyarakat Indonesia. Dalam Fiqih Publikasi Anti Perdagangan Orang tahun 2006, organisasi tersebut mengeluarkan fatwa yang melarang perdagangan orang dan memberinya label “haram”. Akan tetapi KDRT belum diakui oleh para pembuat keputusan dan masyarakat sebagai isu sosial, ekonomi dan tata-kelola yang serius. Masih banyak

yang harus dilakukan, dengan menegakkan hukum, melakukan penelitian, pendidikan dan pelayanan untuk memperkuat pencegahan, perlindungan, penuntutan dan pemulihan bagi korban, pelaku dan anak-anaknya.

3. Keseluruhan biaya ekonomi dan sosial dari tindak KDRT perlu dihitung.

Dampak bagi korban kekerasan termasuk kecemasan dan depresi, stres fisik, percobaan bunuh diri, turunya kemampuan mengatasi dan memecahkan masalah, dan hilangnya harga diri dan rasa percaya diri. Terlepas dari posisi, pendapatan dan pendidikan yang dimilikinya, perempuan merupakan pribadi yang rentan. Anak-anak yang menyaksikan kekerasan mengalami masalah emosi dan perilaku, termasuk kinerja sekolah yang buruk, stres, berkurangnya kompetensi sosial, bullying, melakukan kekejaman berlebihan terhadap binatang, dan mengalami masalah dalam berhubungan dengan orang. Konsekuensi KDRT bagi korban dan saksi mengakibatkan hilangnya produktivitas dan meningkatnya permintaan untuk mendapatkan pelayanan sosial termasuk kesehatan, polisi, hukum, pendidikan dan kesejahteraan. Sampai sekarang, keseluruhan biaya akibat KDRT tingkat individu, keluarga dan masyarakat belum dihitung. Angka ini dapat membantu Pemerintah dan masyarakat luas untuk lebih memahami manfaat yang diperoleh dengan menurunnya insiden KDRT.

4. KDRT masih kurang terdokumentasi dan data insiden belum lengkap

Angka KDRT nasional tidak menggambarkan keadaan yang sebenarnya, karena pelaporan yang tidak lengkap.

Komnas Perempuan mencatat peningkatan laporan kasus tahun 2008 sebesar dua kali lipat tahun 2007. 143.586 kasus kekerasan dilaporkan pada tahun 2009 dibanding 54.425 kasus pada tahun 2008 (lihat Gambar 1). Peningkatan tersebut terjadi karena pengumpulan data bisa lebih baik dan lebih banyak perempuan yang melaporkan kasusnya, tetapi masih belum dapat diketahui frekuensi KDRT, (Komnas Perempuan, 2008). Perkiraan tahun 2010, ada sekitar 105.000 kasus kekerasan, menunjukkan sedikit penurunan dari tahun 2009 (100,000 korban) dengan lebih dari 96% diantaranya terjadi di rumah. Tapi, seperti pernyataan Ketua Komisioner Komnas Perempuan: "Angka tersebut tidak berarti bahwa jumlah dan intensitas kekerasan telah menurun",

5. Hukum adat setempat menggantikan hukum nasional KDRT, sehingga memperlemah perlindungan yang dijanjikan bagi semua perempuan di Indonesia.

Walaupun UU No. 23/2004 tentang KDRT telah dikeluarkan, namun di beberapa wilayah seperti Bali, misalnya, adat setempat bertentangan dengan Pasal 9 UU tentang KDRT, yang menyatakan bahwa orang dilarang "menciptakan ketergantungan ekonomi dengan cara membatasi atau melarang seseorang untuk bekerja secara layak di dalam ataupun di luar rumah". Perempuan di beberapa kabupaten di Bali menyerahkan seluruh kepemilikannya kepada suami ketika menikah dan kehilangan segalanya ketika bercerai (Jakarta Post, September 2010). Perempuan Muslim juga kehilangan harta dan hak asuh atas anak-anak jika mengajukan perceraian karena digunakannya prinsip „nusyuz“.

Pemerintah pusat perlu memastikan bahwa adanya konsistensi antara peraturan perundangan tingkat nasional dan daerah dalam hal perlindungan perempuan dari kekerasan dan penyalahgunaan. Masyarakat setempat harus diberdayakan untuk menuntut perlindungan dan pelayanan yang memadai. Banyaknya perempuan yang kembali ke rumah dimana mereka disiksa, menggambarkan perlunya strategi yang lebih terkoordinasi untuk memberikan pelayanan bagi laki-laki.

D. INFERTILITAS

Infertilitas merupakan kondisi yang umum ditemukan dan dapat disebabkan oleh faktor perempuan, laki-laki, maupun keduanya. Infertilitas dapat juga tidak diketahui penyebabnya yang dikenal dengan istilah infertilitas idiopatik. Masalah infertilitas dapat memberikan dampak besar bagi pasangan suami-istri yang mengalaminya, selain menyebabkan masalah medis, infertilitas juga dapat menyebabkan masalah ekonomi maupun psikologis. Secara garis besar, pasangan yang mengalami infertilitas akan menjalani proses panjang dari evaluasi dan pengobatan, dimana proses ini dapat menjadi beban fisik dan psikologis bagi pasangan infertilitas.

Bertambahnya umur sangat berpengaruh terhadap fertilitas seorang perempuan, namun pada laki-laki, bertambahnya umur belum memberikan pengaruh yang jelas terhadap kesuburan. Penelitian di Perancis melaporkan 65% perempuan berumur 25 tahun akan mengalami kehamilan pada 6 bulan dan secara akumulasi 85% kehamilan akan didapatkan pada akhir tahun pertama. Ini berarti jika terdapat 100 pasangan yang mencoba untuk hamil, 40 pasangan tidak akan hamil setelah enam bulan, dan 15

pasangan tetap tidak hamil setelah setahun. Untuk pasangan dengan umur 35 tahun atau lebih peluang kehamilan menjadi 60% pada tahun pertama dan 85% pada tahun kedua. Kurang lebih 15 persen tetap belum mendapatkan kehamilan setelah tahun ke-3 perkawinan

1. Definisi

Infertilitas atau ketidaksuburan adalah suatu kondisi di mana pasangan suami istri belum mampu memiliki anak walaupun telah melakukan hubungan seksual sebanyak 2-3 kali seminggu dalam kurun waktu 1 tahun dengan tanpa menggunakan alat kontrasepsi dalam bentuk apapun. Secara medis infertilitas di bagi atas 2 yaitu :

- a. Infertilitas primer berarti pasangan suami istri belum mampu dan belum pernah memiliki anak setelah 1 tahun berhubungan seksual sebanyak 2-3 kali per minggu tanpa menggunakan alat kontrasepsi dalam bentuk apapun.
- b. Infertilitas sekunder berarti pasangan suami istri telah atau pernah memiliki anak sebelumnya, tetapi saat ini belum mampu memiliki anak lagi setelah 1 tahun berhubungan seksual sebanyak 2-3 kali per minggu tanpa menggunakan alat kontrasepsi dalam bentuk apapun.

2. Prevalensi

Persentase perempuan umur 15-49 tahun yang mengalami infertilitas primer di Asia dapat dilihat pada tabel berikut ini

Negara								Total	Standar
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	25-49	Umur
Bangladesh	u	U	U	U	U	U	u	u	U
Kamboja	6.8	30.8	24.0	7.3	12.3	5.0	10.2	6.7	-3.5
India	u	U	U	U	U	U	u	u	U
Indonesia	4.5	21.3	16.8	4.9	8.2	3.3	3.5	6.0	2.5
Kazakhstan	3.1	10.0	6.9	3.0	4.8	1.8	2.6	3.7	1.1
Nepal	u	U	U	U	U	U	u	u	U
Filipina	u	U	U	U	U	U	u	u	U
Turkmenistan	3.1	43.7	40.6	3.7	9.2	5.5	3.1	4.5	1.4
Uzbekistan	1.2	9.3	8.1	1.3	2.1	0.8	0.9	1.7	0.8
Vietnam	U	U	U	U	U	U	u	u	U
Rata-rata			19.4			2.9			1.4

Gambar 4.1 Prevalensi infertilitas pada perempuan di Asia

Prevalensi infertilitas idiopatik bervariasi antara 22-28 %, studi terbaru menunjukkan di antara pasangan yang berkunjung ke klinik fertilitas, sebesar 21 % perempuan berumur di bawah 35 tahun dan 26% perempuan berumur di atas 35 tahun.

3. Infertilitas pada wanita

Infertilitas pada wanita dapat disebabkan oleh infeksi vagina seperti vaginitis dan trikomonas vaginalis akan menyebabkan infeksi lanjut pada portio, serviks, endometrium bahkan sampai ke tuba yang dapat menyebabkan gangguan pergerakan dan penyumbatan pada tuba sebagai organ reproduksi vital untuk terjadinya konsepsi. Terjadinya disfungsi seksual yang mencegah

penetrasi penis, atau lingkungan vagina yang terlalu asam juga dapat menyebabkan seorang wanita kesulitan mengalami kehamilan. Kelainan Serviks yang dapat menyebabkan infertilitas adalah:

- a. Perkembangan serviks yang abnormal sehingga mengakibatkan migrasi sperma terhambat.
- b. Tumor serviks seperti polip atau mioma yang dapat menutupi saluran sperma atau menimbulkan discharge yang mengganggu spermatozoa.
- c. Infeksi serviks yang menghasilkan asam atau sekresi purulen yang bersifat toksin terhadap spermatozoa

4. Infertilitas pada pria

Infertilitas pada pria dipengaruhi oleh faktor koitus pria yang meliputi spermatogenesis abnormal, motilitas abnormal, kelainan anatomi, gangguan endokrin dan disfungsi seksual. Kelainan anatomi yang mungkin menyebabkan infertilitas adalah tidak adanya vasdeferens kongenital, obstruksi vasdeferens dan kelainan kongenital system ejakulasi. Spermatogenesis abnormal dapat terjadi akibat orkitis karena mumps, kelainan kromosom, terpajan bahan kimia, radiasi atau varikokel.

Masalah ejakulasi seperti ejakulasian retrograde yang berhubungan dengan diabetes, kerusakan saraf, obat-obatan atau trauma bedah. Faktor pekerjaan dikarenakan produksi sperma yang optimal membutuhkan suhu di bawah temperatur tubuh, spermatogenesis diperkirakan kurang efisien pada pria dengan jenis pekerjaan seperti pada petugas pemadam kebakaran dan pengemudi truk jarak jauh. Faktor lain seperti infeksi yang ditularkan melalui hubungan seksual, stres, nutrisi yang tidak adekuat, asupan alkohol berlebihan dan nikotin.

5. Penyebab infertilitas sekunder

Penyebab Infertilitas sekunder antara lain:

a. Faktor usia

Faktor usia sangat berpengaruh pada kesuburan seorang wanita. Selama wanita tersebut masih dalam masa reproduksi yang berarti mengalami haid yang teratur, kemungkinan mengalami kehamilan sangat besar. Akan tetapi seiring dengan bertambahnya usia maka kemampuan indung telur untuk menghasilkan sel telur akan mengalami penurunan.

Bertambahnya usia pada pria juga menyebabkan penurunan kesuburan. Meskipun pria terus menerus memproduksi sperma sepanjang hidupnya, akan tetapi morfologi sperma mereka mulai menurun

b. Masalah reproduksi

Masalah pada sistem reproduksi menyebabkan masalah yang mengarah pada infertilitas sekunder, seperti pada perempuan yang melahirkan dengan operasi caesaryang dapat menyebabkan jaringan parut yang mengarah pada penyumbatan tuba

c. Faktor gaya hidup

Wanita dengan berat badan yang berlebihan sering mengalami gangguan ovulasi, karena kelebihan berat badan dapat mempengaruhi estrogen dalam tubuh dan mengurangi kemampuan untuk hamil. Pria yang gemar mengenakan celana ketat juga dapat mengalami gangguan pada motilitas sperma

SOAL LATIHAN

1. Bagaimanakah metode penggunaan KB pasca abortus?
2. Apakah jenis dan dampak dari adanya kekerasan pada perempuan?
3. Jelaskan perbedaan infertilitas primer dan sekunder!

REFERENSI

BKKBN. Peraturan Kepala Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional Nomor 24 tahun 2017 tentang Pelayanan Keluarga Berencana Pasca Persalinan dan Pasca Keguguran. Diakses pada 18 November 2018 pada laman http://jdih.bkkbn.go.id/public_assets/file/b46495c55893d8086a6fa2b5c2929af9.pdf

HIFERI, PERFITRI, IAU, POGI. Konsensus Penanganan Infertilitas. Jakarta, 2013.

Kemendes RI. Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana. Pusat Pendidikan Sumber Daya Manusia Kesehatan, Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Manusia Kesehatan. Jakarta, 2016.

Kementerian Peberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak. Kekerasan terhadap Perempuan: Kekerasan dalam Rumah Tangga dan Perdagangan. Diakses pada tanggal 18 November 2018 pada laman <https://www.kemendppa.go.id/lib/uploads/list/7970a-5a3f9-8.-kekerasan-terhadap-perempuan.pdf>

Komnas Perempuan. Tergerusnya Ruang Aman Perempuan dalam Pusaran Politik Populisme. Catatan Kekerasan terhadap Perempuan tahun 2017. Jakarta: 2018. Diakses pada 18 November 2018 pada laman

https://www.komnasperempuan.go.id/file/pdf_file/2018/Publikasi/Catatan%20Tahunan%20Kekerasan%20Terhadap%20Perempuan%202018.pdf

Saraswati, Andini. Infertility. 2015, Jurnal Majority, 4(5): 5-9

KONSELING KB PASCA SALIN

CAPAIAN PEMBELAJARAN

1. Mahasiswa mampu menguraikan konsep dasar konseling pasca salin
2. Mahasiswa mampu menjelaskan langkah-langkah pelaksanaan konseling pasca salin
3. Mahasiswa mampu menguraikan poin-poin penting pada konseling pasca salin
4. Mahasiswa mampu menjelaskan pemilihan metode kontrasepsi pasca salin

MATERI PEMBELAJARAN

A. KONSEP DASAR KONSELING

Konsep konseling meliputi pengertian konseling, tujuan konseling KB, manfaat konseling, prinsip konseling KB, hak pasien, konseling KB dan komunikasi interpersonal, peran konselor KB, jenis konseling, serta dimana dan siapa saja yang harus memberikan konseling.

1. Pengertian Konseling

Menurut Depkes (2002), konseling adalah proses komunikasi antara seseorang (konselor) dengan orang lain (pasien), dimana konselor sengaja membantu klien

dengan menyediakan waktu, keahlian, pengetahuan dan informasi tentang akses pada sumber-sumber lain. Konselor membantu klien membuat keputusan atas masalah yang ada, proses ini dilaksanakan secara terus menerus.

Konseling merupakan komunikasi yang mampu menghasilkan perubahan sikap (*attitude change*) pada orang yang terlihat dalam komunikasi. Tujuan komunikasi efektif adalah memberi kemudahan dalam memahami pesan yang disampaikan antara pemberi dan penerima, sehingga bahasa lebih jelas, lengkap, pengiriman dan umpan balik seimbang, dan melatih penggunaan bahasa nonverbal secara baik. Konseling merupakan unsur yang penting dalam pelayanan keluarga berencana dan kesehatan reproduksi karena melalui konseling klien dapat memilih dan memutuskan jenis kontrasepsi yang akan digunakan sesuai dengan pilihannya serta meningkatkan keberhasilan

KB. Konseling adalah proses yang berjalan dan menyatu dengan semua aspek pelayanan keluarga berencana dan bukan hanya informasi yang diberikan pada satu kesempatan yakni pada saat pemberian pelayanan. Teknik konseling yang baik dan informasi yang memadai harus diterapkan dan dibicarakan secara interaktif sepanjang kunjungan klien dengan cara yang sesuai dengan budaya yang ada.

2. Tujuan Konseling KB

Konseling KB bertujuan membantu klien dalam hal:

- a. Menyampaikan informasi dari pilihan pola reproduksi.
- b. Memilih metode KB yang diyakini.

- c. Menggunakan metode KB yang dipilih secara aman dan efektif.
- d. Memulai dan melanjutkan KB.
- e. Mempelajari tujuan, ketidakjelasan informasi tentang metode KB yang tersedia.
- f. Memecahkan masalah, meningkatkan keefektifan individu dalam pengambilan keputusan secara tepat
- g. Membantu pemenuhan kebutuhan klien meliputi menghilangkan perasaan yang menekan/mengganggu dan mencapai kesehatan mental yang positif
- h. Mengubah sikap dan tingkah laku yang negatif menjadi positif dan yang merugikan klien menjadi menguntungkan klien.
- i. Meningkatkan penerimaan
- j. Menjamin pilihan yang cocok
- k. Menjamin penggunaan cara yang efektif
- l. Menjamin kelangsungan yang lama.

3. Manfaat Konseling

Konseling KB yang diberikan pada klien memberikan keuntungan kepada pelaksana kesehatan maupun penerima layanan KB. Adapun keuntungannya adalah:

- a. Klien dapat memilih metode kontrasepsi yang sesuai dengan kebutuhannya.
- b. Puas terhadap pilihannya dan mengurangi keluhan atau penyesalan.
- c. Cara dan lama penggunaan yang sesuai serta efektif.

- d. Membangun rasa saling percaya.
- e. Menghormati hak klien dan petugas.
- f. Menambah dukungan terhadap pelayanan KB.
- g. Menghilangkan rumor dan konsep yang salah.

4. Prinsip Konseling KB

Prinsip konseling KB meliputi: percaya diri, Tidak memaksa, Informed consent (ada persetujuan dari klien); Hak klien, dan Kewenangan. Kemampuan menolong orang lain digambarkan dalam sejumlah keterampilan yang digunakan seseorang sesuai dengan profesinya yang meliputi:

- a. Pengajaran
- b. Nasehat dan bimbingan
- c. Pengambilan tindakan langsung
- d. Pengelolaan
- e. Konseling.

5. Hak Klien

Dalam memberikan pelayanan kebidanan bidan harus memahami benar hak calon akseptor KB. Hak-hak akseptor KB adalah sebagai berikut:

- a. Terjaga harga diri dan martabatnya.
- b. Dilayani secara pribadi (privasi) dan terpeliharanya kerahasiaan.
- c. Memperoleh informasi tentang kondisi dan tindakan yang akan dilaksanakan.
- d. Mendapat kenyamanan dan pelayanan terbaik.
- e. Menerima atau menolak pelayanan atau tindakan yang akan dilakukan.
- f. Kebebasan dalam memilih metode yang akan digunakan.

6. Peran Konselor KB

Proses konseling dalam praktik pelayanan kebidanan terutama pada pelayanan keluarga berencana, tidak terlepas dari peran konselor. Tugas seorang konselor adalah sebagai berikut:

- a. Sahabat, pembimbing dan memberdayakan klien untuk membuat pilihan yang paling sesuai dengan kebutuhannya.
- b. Memberi informasi yang obyektif, lengkap, jujur dan akurat tentang berbagai metode kontrasepsi yang tersedia.
- c. Membangun rasa saling percaya, termasuk dalam proses pembuatan Persetujuan Tindakan Medik.

B. LANGKAH-LANGKAH KONSELING KELUARGA BERENCANA

Sebelum menerapkan langkah-langkah konseling KB, konselor hendaknya memperhatikan beberapa sikap yang baik selama konseling, sikap ini dikenal sebagai SOLER yaitu:

S	Face your clients squarely (menghadap ke klien) dan Smile/ nod at client (senyum/ mengangguk ke klien)
O	Open and non-judgemental facial expression (ekspresi muka menunjukkan sikap terbuka dan tidak menilai)
L	Lean towards client (tubuh condong ke klien)
E	Eye contact in a culturally-acceptable manner (kontak mata/ tatap mata sesuai cara yang diterima budaya setempat)
R	Relaxed and friendly manner (santai dan sikap bersahabat)

Pada konseling KB terdapat enam langkah konseling yang sudah dikenal dengan kata kunci **SATU TUJU**. Penerapan langkah konseling KB SATU TUJU tersebut tidak perlu dilakukan secara berurutan karena petugas harus menyesuaikan diri dengan kebutuhan klien. beberapa klien membutuhkan lebih banyak perhatian pada langkah yang satu dibanding dengan langkah yang lainnya. Langkah konseling KB SATU TUJU yang dimaksud adalah sebagai berikut:

SA	SA pa dan SA lam kepada klien secara terbuka dan sopan. Berikan perhatian sepenuhnya kepada mereka dan berbicara ditempat yang nyaman serta terjamin privasinya. Yakinka klien untuk membangun rasa percaya diri. Tanyakan kepada klien apa yang dapat dibantu serta jelaskan pelayanan apa yang dapat diperolehnya.
T	T anyakan pada klien informasi tentang dirinya. Bantu klien untuk berbicara mengenai pengalaman KB dan kesehatan reproduksi serta yang lainnya. Tanyakan kontrasepsi yang diinginkan oleh klien. Dengan memahami kebutuhan, pengetahuan dan keinginan klien, kita dapat membantunya
U	U raikan kepada klien mengenai pilihannya dan jelaskan mengenai kontasepsi yang mungkin diinginkan oleh klien dan jenis kontasepsi yang ada
TU	BanTU lah klien menentukan pilihannya. Bantulah klien berfikir mengenai apa yang paling sesuai dengan keadaan kebutuhannya. Dorong klien untuk menunjukan keinginannya dan mengajukan pertanyaan. Tanggapi secara terbuka dan petugas mempertimbangkan kriteria dan keinginan klienterhadap setiap

	jenis kontrasepsi. Tanyakan apakah pasangannya akan memberikan dukungan dengan pilihannya tersebut.
J	Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya. Setelah klien memilih jenis kontrasepsinya, jika diperlukan, perlihatkan alat/obat kontrasepsinya. Jelaskan bagaimana alat/obat tersebut digunakan dan cara penggunaannya. Lalu pastikan klien untuk bertanya atau menjawab secara terbuka.
U	Perlunya dilakukan kunjungan U lang. Bicarakan dan buat perjanjian kepada klien untuk kembali lagi melakukan pemeriksaan lanjutan atau permintaan kontrasepsi jika dibutuhkan.

Konseling keluarga berencana dilakukan dengan menggunakan Alat Bantu Pengambil Keputusan (ABPK). WHO mengembangkan lembar balik yang telah diadaptasi untuk Indonesia oleh STARH untuk memudahkan konseling. ABPK membantu petugas melakukan konseling sesuai standar dengan adanya tanda pengingat mengenai keterampilan konseling yang perlu dilakukan dan informasi apa perlu diberikan yang disesuaikan dengan kebutuhan klien. ABPK mengajak klien bersikap lebih partisipatif dan membantu mengambil keputusan. Selama konseling dalam hal apapun termasuk mengenai keluarga berencana dapat ditemukan beberapa situasi yang dinilai sulit bagi konselor, seperti berikut:

1. Klien tidak mau berbicara
2. Klien tidak berhenti menangis

3. Petugas konseling meyakini bahwa tidak ada penyelesaian bagi masalah klien
4. Petugas konseling melakukan situasi kesalahan
5. Petugas konseling tidak mengetahui jawaban dari pertanyaan yang diajukan klien
6. Klien menolak bantuan petugas konseling
7. Klien tidak nyaman dengan jenis kelamin (jenis)/umur/latar belakang/suku/adat, dsb dari petugas konseling
8. Waktu yang dimiliki petugas konseling terbatas
9. Petugas konseling tidak dapat menciptakan "rapport" (hubungan) yang baik
10. Petugas konseling dan klien sudah saling kenal
11. Klien berbicara terus menerus dan tidak sesuai dengan pokok pembicaraan
12. Klien menanyakan hal-hal yang sangat pribadi kepada petugas konseling
13. Petugas konseling merasa dipermalukan dengan suatu topik pembicaraan
14. Klien terganggu konsentrasinya karena ada orang lain di sekitarnya
15. Petugas konseling belum dikenal oleh klien

C. KONSELING KB PASCA SALIN

Dalam pelayanan KB pasca persalinan, sebelum mendapatkan pelayanan kontrasepsi klien dan pasangannya harus mendapatkan informasi dari petugas kesehatan secara lengkap, jelas, dan benar agar dapat menentukan pilihannya dengan tepat. Pelayanan KB pasca persalinan akan berjalan dengan baik bila didahului dengan konseling yang baik,

dimana klien berada dalam kondisi yang sehat, sadar, dan tidak dibawah tekanan ataupun tidak dalam keadaan kesakitan.

D. TEMPAT DAN WAKTU KONSELING PASCA SALIN

Konseling pasca salin dapat dilakukan di semua tempat yang memenuhi syarat yaitu ruangan tertutup yang dapat menjamin kerahasiaan dan keleluasaan dalam menyampaikan pemikiran dan perasaan serta memberikan rasa aman dan nyaman bagi klien.

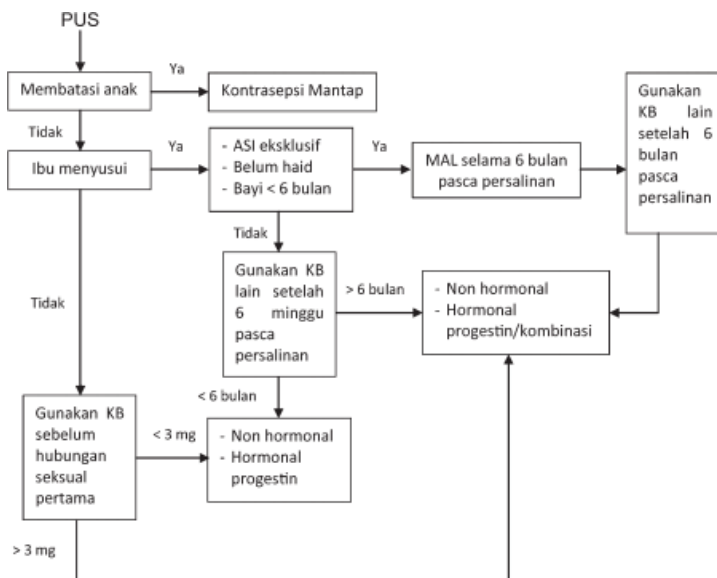
E. POIN KUNCI DALAM PELAYANAN KB PASCA SALIN

1. Tetap mempermosikan ASI eksklusif
 2. Memberikan informasi tentang waktu dan jarak kelahiran yang baik
 3. Memastikan tujuan klien berKB apakah untuk membatasi jumlah anak atau mengatur jarak kelahiran
- Dalam konseling KB pasca persalinan, informasi penting

yang harus diberikan pada umumnya meliputi:

1. efektivitas dari metode kontrasepsi
2. keuntungan dan keterbatasan dari metode kontrasepsi
3. kembalinya kesuburan setelah melahirkan
4. efek samping jangka panjang dan jangka pendek
5. gejala dan tanda yang membahayakan
6. kebutuhan untuk pencegahan terhadap infeksi menular seksual
7. waktu dimulainya kontrasepsi pasca persalinan yang didasarkan pada:
 - a. status menyusui
 - b. metode kontrasepsi yang dipilih

- c. tujuan reproduksi, untuk membatasi atau hanya member jarak.



Gambar 5.1 aloritmee pemilihan KB pasca salin

F. KONTRASEPSI KB PASCA PERSALINAN UNTUK IBU MENYUSUI

Menyusui memberikan banyak dampak positif pada kesehatan dan kesejahteraan ibu dan bayi, sehingga dalam pemilihan kontrasepsi KB pasca persalinan harus menggunakan metode kontrasepsi yang tidak mengganggu produksi ASI. Beberapa hal yang harus diinformasikan dalam konseling KB pasca persalinan pada ibu menyusui adalah sebagai berikut:

1. jika menggunakan MAL (terpenuhi syarat yang ada) dapat diproteksi sekurangnya enam bulan, setelah enam bulan harus menggunakan metode kontrasepsi lainnya
2. jika menyusui namun tidak penuh (tidak dapat menggunakan MAL) hanya terproteksi sampai enam minggu pasca persalinan dan selanjutnya harus menggunakan kontrasepsi lain seperti metode hormonal progestin yang dimulai 6 minggu pasca salin
3. dapat menggunakan kondom kapanpun
4. dapat memilih alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR)
5. untuk pasangan yang mau membatasi anak dapat memilih kontrasepsi mantap yaitu tubektomi atau vasektomi dapat dimulai segera pasca persalinan.

Dalam kondisi tertentu dapat menyebabkan seorang ibu tidak dapat menyusui anaknya walaupun demikian, pemilihan metode kontrasepsi dan waktu yang tepat harus tetap dilakukan. Beberapa hal yang harus diinformasikan dalam konseling KB pasca persalinan pada ibu tidak menyusui adalah sebagai berikut:

1. kontrasepsi harus dimulai sebelum terjadinya hubungan seksual yang pertama kali pasca persalinan
2. metode hormonal progestin dapat dimulai segera pasca persalinan
3. metode hormonal kombinasi dapat dimulai setelah 3 minggu pasca persalinan
4. dapat menggunakan kondom apapun
5. dapat memilih AKDR

Untuk pasangan yang mau membatasi anak dapat memilih kontrasepsi mantap yaitu tubektomi atau vasektomi dan dapat dimulai segera pasca persalinan.

Metoda Kontrasepsi	ASI Eksklusif atau Hampir Eksklusif	ASI parsial atau Tidak Menyusui
Metoda Laktasi Amenorea	Segera	Tidak dapat diterapkan
Vasektomi	Segera atau selama istri hamil ‡	
Kondom	Segera	
Spermisida		
AKDR T Cu	Dalam 48 jam setelah bersalin, bila tidak tunggu 4 minggu	
Tubektomi	Dalam 7 hari setelah bersalin, bila tidak tunggu 6 minggu	
AKDR LNG	4 minggu setelah bersalin	
Diafragma	6 minggu setelah bersalin	
Metoda kontrasepsi alamiah	Dimulai bila lendir serviks telah kembali normal (untuk metoda Lendir Serviks) atau pasien telah 3 siklus normal (untuk metoda kalender). Kedua keadaan tersebut muncul lebih lambat pada wanita yang menyusui daripada yang tidak menyusui.	
Pil Progestin	6 minggu setelah bersalin \$	*Segera bila tidak menyusui \$.
Suntikan Progestin		*6 minggu setelah bersalin bila menyusui parsial \$.
Implan		
Pil Kombinasi	6 bulan setelah bersalin \$	* 21 hari setelah bersalin bila tidak menyusui . \$
Suntikan kombinasi sebulan sekali		*6 minggu setelah bersalin bila menyusui parsial. \$
Koyo Kombinasi		
Ring vagina kombinasi		
‡ Bila suami telah menjalani vasektomi pada 6 bulan pertama kehamilan istrinya, maka metoda ini telah efektif pada saat segera melahirkan.		
§ Penggunaan sedini mungkin tidak direkomendasikan kecuali metoda lain tidak tersedia atau tidak diterima.		

Gambar 5.2 Metode Kontrasepsi Postpartum

LATIHAN SOAL

1. apakah yang dimaksud konseling KB pasca salin?
2. Sebutkan langkah-langkah melaksanakan konseling KB pasca salin!
3. Jelaskanlah poin-poin penting dalam konseling KB pasca salin!
4. Bagaimanakah pemilihan metode kontrasepsi pasca salin?

REFERENSI

Kemendes RI. Pedoman Pelayanan Keluarga Berencana Pasca Persalinan di Fasilitas Kesehatan. Kementerian Kesehatan RI. 2014

JENIS-JENIS METODE KB HORMONAL

CAPAIAN PEMBELAJARAN

1. Mahasiswa mampu menyebutkan jenis-jenis metode KB secara hormonal
2. Mahasiswa mampu menjelaskan efektivitas jenis metode KB secara hormonal

MATERI PEMBELAJARAN

A. PIL KB KOMBINASI

1. Mekanisme:
Pil kombinasi menekan ovulasi, mencegah implantasi, mengentalkan lendir serviks sehingga sulit dilalui oleh sperma, dan mengganggu pergerakan tuba sehingga transportasi telur terganggu. Pil ini diminum setiap hari.
2. Efektivitas:
Bila digunakan secara benar, risiko kehamilan kurang dari 1 di antara 100 ibu dalam 1 tahun.
3. Efek samping:*
Perubahan pola haid (haid jadi sedikit atau semakin pendek, haid tidak teratur, haid jarang, atau tidak haid), sakit kepala, pusing, mual, nyeri payudara, perubahan berat badan, perubahan suasana perasaan, jerawat

- (dapat membaik atau memburuk, tapi biasanya membaik), dan peningkatan tekanan darah.
4. Mengapa beberapa orang menyukainya:
Pemakaiannya dikendalikan oleh perempuan, dapat dihentikan kapanpun tanpa perlu bantuan tenaga kesehatan, dan tidak mengganggu hubungan seksual.
 5. Mengapa beberapa orang tidak menyukainya:
Relatif mahal dan harus digunakan tiap hari.
- *) Beberapa efek samping tidak berbahaya dan akan hilang setelah pemakaian beberapa bulan, misalnya haid tidak teratur

B. PIL HORMON PROGESTIN

1. Mekanisme:
Minipil menekan sekresi gonadotropin dan sintesis steroid seks di ovarium, endometrium mengalami transformasi lebih awal sehingga implantasi lebih sulit, mengentalkan lendir serviks sehingga menghambat penetrasi sperma, mengubah motilitas tuba sehingga transportasi sperma terganggu. Pil diminum setiap hari.
2. Efektivitas:
Bila digunakan secara benar, risiko kehamilan kurang dari 1 di antara 100 ibu dalam 1 tahun.
3. Keuntungan khusus bagi kesehatan:
Tidak ada.
4. Risiko bagi kesehatan:
Tidak ada.
5. Efek samping:
Perubahan pola haid (menunda haid lebih lama pada ibu menyusui, haid tidak teratur, haid

memanjang atau sering, haid jarang, atau tidak haid), sakit kepala, pusing, perubahan suasana perasaan, nyeri payudara, nyeri perut, dan mual.

6. Mengapa beberapa orang menyukainya:

Dapat diminum saat menyusui, pemakaiannya dikendalikan oleh perempuan, dapat dihentikan kapanpun tanpa perlu bantuan tenaga kesehatan, dan tidak mengganggu hubungan seksual.

7. Mengapa beberapa orang tidak menyukainya:

Harus diminum tiap hari.

C. Pil KB Darurat (Emergency Contraceptive Pills)

Kontrasepsi darurat digunakan dalam 5 hari pasca senggama yang tidak terlindung dengan kontrasepsi yang tepat dan konsisten. Semakin cepat minum pil kontrasepsi darurat, semakin efektif. Kontrasepsi darurat banyak digunakan pada korban perkosaan dan hubungan seksual tidak terproteksi.

Penggunaan kontrasepsi darurat tidak konsisten dan tidak tepat dilakukan pada:

1. Kondom terlepas atau bocor
2. Pasangan yang tidak menggunakan kontrasepsi alamiah dengan tepat (misalnya gagal abstinens, gagal menggunakan metoda lain saat masa subur).
3. Terlanjur ejakulasi pada metoda senggama terputus.
4. Klien lupa minum 3 pil kombinasi atau lebih, atau terlambat mulai papan pil baru 3 hari atau lebih.
5. AKDR terlepas
6. Klien terlambat 2 minggu lebih untuk suntikan progesteron 3 bulanan atau terlambat 7 hari atau lebih untuk metoda suntikan kombinasi bulanan.

D. KB SUNTIK KOMBINASI

1. Mekanisme:
Suntikan kombinasi menekan ovulasi, mengentalkan lendir serviks sehingga penetrasi sperma terganggu, atrofi pada endometrium sehingga implantasi terganggu, dan menghambat transportasi gamet oleh tuba. Suntikan ini diberikan sekali tiap bulan.
2. Efektivitas:
Bila digunakan secara benar, risiko kehamilan kurang dari 1 diantara 100 ibu dalam 1 tahun.
3. Efek samping:
Perubahan pola haid (haid jadi sedikit atau semakin pendek, haid tidak teratur, haid memanjang, haid jarang, atau tidak haid), sakit kepala, pusing, nyeri payudara, kenaikan berat badan.
4. Mengapa beberapa orang menyukainya:
Tidak perlu diminum setiap hari, ibu dapat mengguakanya tanpa diketahui siapapun, suntikan dapat dihentikan kapan saja, baik untuk menjarangkan kehamilan.
5. Mengapa beberapa orang tidak menyukainya:
Penggunaannya tergantung kepada tenaga kesehatan.

E. SUNTIKAN PROGESTIN

1. Mekanisme:
Suntikan progestin mencegah ovulasi, mengentalkan lendir serviks sehingga penetrasi sperma terganggu, menjadikan selaput rahim tipis dan atrofi, dan menghambat transportasi gamet oleh tuba. Suntikan diberikan 3 bulan sekali (DMPA).

2. Efektivitas:
Bila digunakan dengan benar, risiko kehamilan kurang dari 1 di antara 100 ibu dalam 1 tahun. Kesuburan tidak langsung kembali setelah berhenti, biasanya dalam waktu beberapa bulan.
3. Keuntungan khusus bagi kesehatan:
Mengurangi risiko kanker endometrium dan fibroid uterus. Dapat mengurangi risiko penyakit radang paggul simptomatik dan anemia defisiensi besi. Mengurangi gejala endometriosis dan krisis sel sabit pada ibu dengan anemia sel sabit.
4. Risiko bagi kesehatan:
Tidak ada.
5. Efek samping:
Perubahan pola haid (haid tidak teratur atau memanjang dalam 3 bulan pertama, haid jarang, tidak teratur atau tidak haid dalam 1 tahun), sakit kepala, pusing, kenaikan berat badan, perut kembung atau tidak nyaman, perubahan suasana perasaan, dan penurunan hasrat seksual.
6. Mengapa beberapa orang menyukainya:
Tidak perlu diminum setiap hari, tidak mengganggu hubungan seksual, ibu dapat menggunakannya tanpa diketahui siapapun, menghilangkan haid, dan membantu meningkatkan berat badan.
7. Mengapa beberapa orang tidak menyukainya:
Penggunaannya tergantung kepada tenaga kesehatan.

F. IMPLAN

1. Mekanisme:
Kontrasepsi implan menekan ovulasi, mengentalkan lendir serviks, menjadikan selaput rahim tipis dan atrofi, dan mengurangi transportasi sperma. Implan dimasukkan di bawah kulit dan dapat bertahan hingga 3-7 tahun, tergantung jenisnya.
2. Efektivitas:
Pada umumnya, risiko kehamilan kurang dari 1 di antara 100 ibu dalam 1 tahun.
3. Keuntungan khusus bagi kesehatan:
Mengurangi risiko penyakit radang panggul simptomatik. Dapat mengurangi risiko anemia defisiensi besi.
4. Risiko bagi kesehatan:
Tidak ada.
5. Efek samping:
Perubahan pola haid (pada beberapa bulan pertama: haid sedikit dan singkat, haid tidak teratur lebih dari 8 hari, haid jarang, atau tidak haid; setelah setahun: haid sedikit dan singkat, haid tidak teratur, dan haid jarang), sakit kepala, pusing, perubahan suasana perasaan, perubahan berat badan, jerawat (dapat membaik atau memburuk), nyeri payudara, nyeri perut, dan mual.
6. Mengapa beberapa orang menyukainya:
Tidak perlu melakukan apapun lagi untuk waktu yang lama setelah pemasangan, efektif mencegah kehamilan, dan tidak mengganggu hubungan seksual.

7. Mengapa beberapa orang tidak menyukainya:
Perlu prosedur bedah yang harus dilakukan tenaga kesehatan terlatih.

LATIHAN SOAL

1. Jelaskan jenis-jenis metode KB hormonal!
2. Bagaimanakah efektivitas penggunaan jenis metode KB hormonal tersebut?

REFERENSI

Affandi, Biran; Baharudin, M; Soekir, S. Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi. Edisi Kedua. PT Bina Pustaka Sarwong Prawiroharjo. Jakarta. 20010

Kemenkes RI; WHO. Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan. Kementerian Kesehatan RI, Ed Pertama, 2013

JENIS-JENIS KB NON HORMONAL

CAPAIAN PEMBELAJARAN

1. Mahasiswa mampu menjelaskan jenis-jenis KB non-hormonal
2. Mahasiswa mampu menguraikan efektivitas penggunaan KB non-hormonal
3. Mahasiswa mampu menguraikan efek samping penggunaan KB non-hormonal

MATERI PEMBELAJARAN

A. TUBEKTOMI

1. Mekanisme:
Menutup tuba falopii (mengikat dan memotong atau memasang cincin), sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum.
2. Efektivitas:
Pada umumnya, risiko kehamilan kurang dari 1 di antara 100 dalam 1 tahun.
3. Keuntungan khusus bagi kesehatan:
Mengurangi risiko penyakit radang panggul. Dapat mengurangi risiko kanker endometrium.
4. Risiko bagi kesehatan:
Komplikasi bedah dan anestesi.

5. Efek samping:
Tidak ada.
6. Mengapa beberapa orang menyukainya:
Menghentikan kesuburan secara permanen.
7. Mengapa beberapa orang tidak menyukainya:
Perlu prosedur bedah yang harus dilakukan tenaga kesehatan terlatih.

B. VASEKTOMI

1. Mekanisme:
Menghentikan kapasitas reproduksi pria dengan jalan melakukan oklusi vasa deferens sehingga alur transportasi sperma terhambat dan proses fertilisasi tidak terjadi.
2. Efektivitas:
Bila pria dapat memeriksakan semennya segera setelah vasektomi, risiko kehamilan kurang dari 1 di antara 100 dalam 1 tahun.
3. Keuntungan khusus bagi kesehatan:
Tidak ada.
4. Risiko bagi kesehatan:
Nyeri testis atau skrotum (jarang), infeksi di lokasi operasi (sangat jarang), dan hematoma (jarang). Vasektomi tidak memengaruhi hasrat seksual, fungsi seksual pria, ataupun maskulinitasnya.
5. Efek samping:
Tidak ada.
6. Mengapa beberapa orang menyukainya:
Menghentikan kesuburan secara permanen, prosedur bedahnya aman dan nyaman, efek samping lebih sedikit

dibanding metode-metode yang digunakan wanita, pria ikut mengambil peran, dan meningkatkan kenikmatan serta frekuensi seks.

7. Mengapa beberapa orang tidak menyukainya:
Perlu prosedur bedah yang harus dilakukan tenaga kesehatan terlatih.

C. KONDOM

1. Mekanisme:
Kondom menghalangi terjadinya pertemuan sperma dan sel telur dengan cara mengemas sperma di ujung selubung karet yang dipasang pada penis sehingga sperma tersebut tidak tumpah ke dalam saluran reproduksi perempuan.
2. Efektivitas:
Bila digunakan dengan benar, risiko kehamilan adalah 2 di antara 100 ibu dalam 1 tahun.
3. Keuntungan khusus bagi kesehatan:
Mencegah penularan penyakit menular seksual dan konsekuensinya (misal: kanker serviks).
4. Risiko bagi kesehatan:
Dapat memicu reaksi alergi pada orang-orang dengan alergi lateks.
5. Efek samping:
Tidak ada.
6. Mengapa beberapa orang menyukainya:
Tidak ada efek samping hormonal, mudah didapat, dapat digunakan sebagai metode sementara atau cadangan (backup) sebelum menggunakan metode lain, dapat mencegah penularan penyakit meular seksual.

7. Mengapa beberapa orang tidak menyukainya:
Keberhasilan sangat dipengaruhi cara penggunaan, harus disiapkan sebelum berhubungan seksual.

D. SENGAMA TERPUTUS (COITUS INTERRUPTUS)

1. Mekanisme:
Metode keluarga berencana tradisional, di mana pria mengeluarkan alat kelaminnya (penis) dari vagina sebelum pria mencapai ejakulasi
2. Efektivitas:
Bila dilakukan secara benar, risiko kehamilan adalah 4 di antara 100 ibu dalam 1 tahun.
3. Keuntungan khusus bagi kesehatan:
Tidak ada.
4. Risiko bagi kesehatan:
Tidak ada.
5. Efek samping:
Tidak ada.
6. Mengapa beberapa orang menyukainya:
Tidak ada efek samping, tidak perlu biaya dan prosedur khusus, membantu ibu mengerti tubuhnya, dan sesuai bagi pasangan yang menganut agama atau kepercayaan tertentu.
7. Mengapa beberapa orang tidak menyukainya:
Kurang efektif.

E. LACTATIONAL AMENORRHEA METHOD

1. Mekanisme:

Kontrasepsi MAL mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) eksklusif untuk menekan ovulasi. Metode ini memiliki tiga syarat yang harus dipenuhi:

- a. Ibu belum mengalami haid
 - b. Bayi disusui secara eksklusif dan sering, sepanjang siang dan malam
 - c. Bayi berusia kurang dari 6 bulan
2. Efektivitas:
Risiko kehamilan tinggi bila ibu tidak menyusui bayinya secara benar. Bila dilakukan secara benar, risiko kehamilan kurang dari 1 di antara 100 ibu dalam 6 bulan setelah persalinan.
3. Keuntungan khusus bagi kesehatan:
Mendorong pola menyusui yang benar, sehingga membawa manfaat bagi ibu dan bayi.
4. Efek samping:
Tidak ada

F. DIAFRAGMA

1. Mekanisme:
Diafragma adalah kap berbentuk cembung, terbuat dari lateks (karet) yang dimasukkan ke dalam vagina sebelum berhubungan seksual dan menutup serviks sehingga sperma tidak dapat mencapai saluran alat reproduksi bagian atas (uterus dan tuba falopii). Dapat pula digunakan dengan spermisida.
2. Efektivitas:
Bila digunakan dengan benar bersama spermisida, risiko kehamilan adalah 6 di antara 100 ibu dalam 1 tahun.
3. Keuntungan khusus bagi kesehatan:

- Mencegah penularan penyakit menular seksual dan kanker serviks.
4. Risiko bagi kesehatan:
Infeksi saluran kemih, vaginosis bakterial, kandidiasis, sindroma syok toksik.
 5. Efek samping:
Iritasi vagina dan penis, lesi di vagina.
 6. Mengapa beberapa orang menyukainya:
Tidak ada efek samping hormonal, pemakaiannya dikendalikan oleh perempuan, dan dapat dipasang sebelum berhubungan seksual.
 7. Mengapa beberapa orang tidak menyukainya:
Memerlukan pemeriksaan dalam untuk menentukan ukuran yang tepat, keberhasilan tergantung cara pemakaian.

G. ALAT KONTRASEPSI DALAM RAHIM (AKDR)

1. Mekanisme:
Dalam Rahim AKDR dimasukkan ke dalam uterus. AKDR menghambat (AKDR) kemampuan sperma untuk masuk ke tuba falopii, mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri, mencegah sperma dan ovum bertemu, mencegah implantasi telur dalam uterus.
2. Efektivitas:
Pada umumnya, risiko kehamilan kurang dari 1 di antara 100 ibu dalam 1 tahun. Efektivitas dapat bertahan lama, hingga 12 tahun.
3. Keuntungan khusus bagi kesehatan:
Mengurangi risiko kanker endometrium.

4. Risiko bagi kesehatan:
Dapat menyebabkan anemia bila cadangan besi ibu rendah sebelum pemasangan dan AKDR menyebabkan haid yang lebih banyak. Dapat menyebabkan penyakit radang panggul bila ibu sudah terinfeksi klamidia atau gonorea sebelum pemasangan.
5. Efek samping:
Perubahan pola haid terutama dalam 3-6 bulan pertama (haid memanjang dan banyak, haid tidak teratur, dan nyeri haid).
6. Mengapa beberapa orang menyukainya:
Efektif mencegah kehamilan, dapat digunakan untuk waktu yang lama, tidak ada biaya tambahan setelah pemasangan, tidak mempengaruhi menyusui, dan dapat langsung dipasang setelah persalinan atau keguguran.
7. Mengapa beberapa orang tidak menyukainya:
Perlu prosedur pemasangan yang harus dilakukan tenaga kesehatan terlatih

H. AKDR dengan PROGESTIN

1. Mekanisme:
Progestin AKDR dengan progestin membuat endometrium mengalami transformasi yang ireguler, epitel atrofi sehingga mengganggu implantasi; mencegah terjadinya pembuahan dengan memblok bersatunya ovum dengan sperma; mengurangi jumlah sperma yang mencapai tuba falopii; dan menginaktifkan sperma
2. Efektivitas:
Pada umumnya, risiko kehamilan kurang dari 1 di antara 100 ibu dalam 1 tahun.

3. Keuntungan khusus bagi kesehatan:
Mengurangi risiko anemia defisiensi besi. Dapat mengurangi risiko penyakit radang panggul. Mengurangi nyeri haid dan gejala endometriosis.
4. Risiko bagi kesehatan:
Tidak ada.
5. Efek samping:
Perubahan pola haid (haid sedikit dan singkat, haid tidak teratur, haid jarang, haid memanjang, atau tidak haid), jerawat, sakit kepala, pusing, nyeri payudara, mual, kenaikan berat badan, perubahan suasana perasaan, dan kista ovarium.
6. Mengapa beberapa orang menyukainya:
Efektif mencegah kehamilan, dapat digunakan untuk waktu yang lama, tidak ada biaya tambahan setelah pemasangan.
7. Mengapa beberapa orang tidak menyukainya:
Perlu prosedur pemasangan yang harus dilakukan tenaga kesehatan terlatih.

LATIHAN SOAL

1. Sebutkan jenis-jenis metode kontrasepsi non-hormonal!
2. Jelaskan efektivitas penggunaan kontrasepsi non-hormonal tersebut!
3. Jelaskan efek samping yang mungkin terjadi pada penggunaan kontrasepsi non-hormonal!

REFERENSI

Affandi, Biran; Baharudin, M; Soekir, S. Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi. Edisi Kedua. PT Bina Pustaka Sarwong Prawiroharjo. Jakarta. 20010

Kemenkes RI; WHO. Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan. Kementerian Kesehatan RI, Ed Pertama, 2013

PERBANDINGAN ALAT KONTRASEPSI

CAPAIAN PEMBELAJARAN

- 1) Mahasiswa diharapkan mampu menjelaskan mengenai jenis-jenis metode kontrasepsi
- 2) Mahasiswa diharapkan mampu menjelaskan kelebihan dan kekurangan masing-masing metode kontrasepsi
- 3) Mahasiswa diharapkan mampu membandingkan kelebihan dan kekurangan antara metode kontrasepsi hormonal dan metode kontrasepsi jangka panjang

MATERI BAHAN AJAR

A. Perbandingan Metode Kombinasi

Karakteristik	Pil Kombinasi	Suntik Bulanan	Patch Kombinasi	Vaginal Ring Kombinasi
Cara Pemakaian	Oral	Suntikan Intramuskular	Partch digunakan pada lengan atas bagian luar, punggung, abdomen. Bukan digunakan di dada	Ring dimasukkan ke dalam vagina

Karakteristik	Pil Kombinasi	Suntik Bulanan	Patch Kombinasi	Vaginal Ring Kombinasi
Frekuensi Pemakaian	Harian	Bulanan: Suntik setiap 4 minggu	Mingguan: Patch diganti setiap minggu selama 3 minggu	Bulanan: Ring digunakan selama 3 minggu kemudian dikeluarkan pada minggu ke-4
Efektifitas	Tergantung pada kemampuan akseptor untuk mengonsumsi pil setiap hari	Tidak bergantung pada kemampuan akseptor. Akseptor harus mendapatkan suntikan selama 4 minggu	Perlu perhatian akseptor sekali seminggu	Tergantung masa simpan patch yaitu selama 48 jam
Perdarahan	Perdarahan tidak teratur atau tidak setiap bulan terjadi perdarahan, pada beberapa akseptor perdarahan terjadi pada waktu yang lama dalam jangka bulan tertentu	Hampir sama dengan COC. Biasanya terjadi perdarahan yang tidak teratur pada awal-awal masa menstruasi	Hampir sama dengan COC	
Privasi	Tidak ada	Tidak ada	Patch bisa	Pasangan ada

Karakteristik	Pil Kombinasi	Suntik Bulanan	Patch Kombinasi	Vaginal Ring Kombinasi
	tanda fisik pemakaian KB Pil tetapi orang lain bisa menemukan Pil KB	tanda fisik penggunaan alokon	terlihat oleh pasangan atau orang lain	kemungkinan bisa merasakan adanya ring

B. Perbandingan Metode Suntik

Karakteristik	DMPA	NET-EN	Suntik Bulanan
Waktu melakukan suntik	3 bulan	2 bulan	1 bulan
Waktu melakukan suntik berikutnya	2 minggu sebelum atau 4 minggu sesudah jadwal melakukan suntik berikutnya	2 minggu sebelum atau sesudah dari jadwal suntik yang ditetapkan	7 hari sebelum atau sesudah dari jadwal suntik yang ditetapkan
Teknik suntikan	Suntikan Deep Intramuscular (IM) pada pinggang, lengan atas, atau pantat Suntikan Subkutan pada lengan dalam bagian atas, abdomen	Suntikan Deep Intramuscular (IM) pada pinggang, lengan atas, atau pantat	Suntikan Deep Intramuscular (IM) pada pinggang, lengan atas, atau pantat
Pola perdarahan pada tahun pertama	Perdarahan yang tidak teratur pada jangka waktu lama pada awal masa pemakaian, kemudian perdarahan akan	Perdarahan yang tidak teratur pada 6 bulan pertama tetapi durasi perdarahan bisa lebih singkat dengan DMPA.	Perdarahan yang tidak teratur dalam 3 bulan pertama.

Karakteristik	DMPA	NET-EN	Suntik Bulanan
	berhenti. Sekitar 40% akseptor KB suntik tidak mengalami menstruasi (perdarahan bulanan) pada tahun pertama pemakaian	Setelah 6 bulan pola perdarahan akan seperti DMPA	
Rata-rata kenaikan berat badan	1-2 kg per tahun	1-2 kg per tahun	1 kg per tahun
Rata-rata kehamilan (penggunaan KB suntik pada umumnya)	Sekitar 4 kehamilan per 100 wanita di tahun pertama	Diasumsikan sama seperti DMPA	Sekitar 3 kehamilan per 100 wanita di tahun pertama
Rata-rata waktu tunggu kehamilan setelah berhenti menggunakan suntik	4 bulan lebih lama dibandingkan pada perempuan yang menggunakan KB metode lain	1 bulan lebih lama dibandingkan wanita yang menggunakan metode KB yang lain	1 bulan lebih lama dibandingkan wanita yang menggunakan metode KB yang lain.

C. Perbandingan Metode Implan

Karakteristik	Jadelle	Implanon NXT	Levoplant
Tipe Progestin	Levonorgestrel	Etonogestrel	Levonorgestrel
Jumlah	2 rods	1 rods	2 rods
Masa Pemakaian	5 tahun	3 tahun	4 tahun

D. Perbandingan Metode Kondom

Karakteristik	Kondom Pria	Kondom Wanita
Cara Pemakaian	Dipakaikan pada penis saat ereksi. Kondom akan menyesuaikan bentuk penis	Dimasukkan ke dalam vagina. Bentuknya lebih longgar tidak seperti kondom pria
Kapan kondom dapat dipasang	Kondom dipasang pada saat penis ereksi	Kondom wanita dapat dimasukkan 8 jam sebelum melakukan hubungan seksual
Bahan	Mayoritas kondom terbuat dari bahan latex, beberapa jenis kondom terbuat dari bahan sintetis atau jaringan hewan	Mayoritas kondom wanita terbuat dari film sintetis, dan sangat sedikit terbuat dari latex
Penggunaan Pelumas (Lubrikan)	Pengguna dapat menambahkan lubrikan(pelumas) berbahan dasar air atau silicon yang diaplikasikan di bagian luar kondom	Pengguna dapat menambahkan pelumas (lubrikan) berbahan dasar air atau silicon sebelum kondom dimasukkan ke dalam vagina dan lubrikan diaplikasikan di bagian luar kondom. Apabila kondom telah digunakan maka, penambahan lubrikan bisa dilakukan di bagian dalam kondom atau pada penis.
Organ yang dilindungi kondom	Kondom melindungi penis dan genitalia dalam wanita	Melindungi bagian genitalia wanita dalam dan luar
Pemakaian ulang	Tidak dapat digunakan ulang	Penggunaan ulang tidak dianjurkan

Karakteristik	Kondom Pria	Kondom Wanita
Harga dan keterjangkauan	Pada umumnya harga murah dan mudah terjangkau	Biasanya harga lebih mahal dan sulit didapatkan dibandingkan kondom pria

E. Perbandingan Metode IUD

Karakteristik	Copper-Bearing IUD	Levonorgestrel IUD
Efektifitas	Hampir sama. Kedua jenis tersebut merupakan jenis IUD yang paling efektif	
Jangka pemakaian	Dianjurkan 10 tahun	Dianjurkan 3-5 tahun
Pola perdarahan	Terjadi perdarahan dalam volume banyak dan lama, perdarahan tidak teratur, dan terjadi kram perut atau nyeri pada saat menstruasi	Terjadi perdarahan tidak teratur dan timbul flek pada bulan pertama pemakaian alokon tersebut. Setelah pemakaian 1 tahun tidak ada perdarahan.
Anemia	Turut berkontribusi terhadap terjadinya anemia/ kekurangan zat besi jika akseptor memiliki jumlah zat besi yang rendah sebelum pemakaian IUD	Bisa mencegah terjadinya kekurangan zat besi yang mengakibatkan anemia
Alasan utama tidak menggunakan IUD kembali	Menyebabkan perdarahan dan rasa nyeri	Tidak ada perdarahan bulanan dan efek samping hormonal
Keuntungan non kontrasepsi	IUD dapat mencegah terjadinya kanker endometri	IUD dapat membantu mengurangi nyeri menstruasi. Membantu terapi hormone progestin

Karakteristik	Copper-Bearing IUD	Levonorgestrel IUD
Pemakaian setelah melahirkan	Dapat digunakan 48 jam setelah melahirkan atau dapat ditunda hingga 4 minggu atau lebih setelah melahirkan	
Penggunaan sebagai kontrasepsi darurat	Dapat digunakan dalam 5 hari setelah melakukan hubungan seksual tanpa kondom	Tidak dianjurkan
Pemasangan	Dilakukan oleh tenaga kesehatan yang terampil	
Biaya	Tidak begitu mahal	Lebih mahal

Soal Latihan

1. Sebutkan alat kontrasepsi yang dapat mencegah kehamilan dalam jangka waktu lama!
2. Jelaskan kapan kondom dapat digunakan dan bahan tambahan apa yang bisa diaplikasikan dalam pemakaian kondom?

Referensi

1. WHO.2018. Family Planning: A Global Handbook For Providers. 2018 Edition. Collaboration USAID, John Hopkins Bloomberg School of Public Health, John Hopkins Center For Communication Program, and World Health Organization
2. Kemenkes RI. 2014. Pedoman Pelayanan KB Pasca Persalinan di Fasilitas Kesehatan. Direktorat Bina Kesehatan Ibu Kementrian Kesehatan RI: Jakarta

MANAJEMEN PELAYANAN KB PASCA PERSALINAN

A. TUJUAN PEMBELAJARAN:

1. Mahasiswa mampu menjelaskan definisi manajemen pelayanan KB pasca persalinan
2. Mahasiswa mampu menguraikan alur manajemen pelayanan KB pasca persalinan
3. Mahasiswa mampu membuat perencanaan manajemen pelayanan KB pasca persalinan

B. MATERI PEMBELAJARAN

Pelayanan KB pasca persalinan dilaksanakan seperti kegiatan pelayanan KB pada umumnya dengan mengikuti kaidah manajemen program yang meliputi beberapa kegiatan berikut ini:

1. Perencanaan
2. Pelaksanaan
3. Pemantauan dan Evaluasi

Berikut adalah penjelasan dari masing-masing tahapan manajemen pelayanan Keluarga Berencana Pasca Persalinan:

1. Perencanaan

Langkah pertama perencanaan pelayanan KB pasca persalinan adalah menentukan target/sasaran KB pasca persalinan, perencanaan dan penghitungan kebutuhan alokasi. Perencanaan pelayanan KB pasca persalinan dilaksanakan setiap kegiatan evaluasi kegiatan di puskesmas yang berupa mini lokakarya dan terpadu dengan pelayanan KIA lainnya seperti P4K dengan stiker, kelas ibu hamil, dan sistem rujukan dan lain-lain.

Menentukan Target/Sasaran Peserta KB Pasca Persalinan

Secara sederhana, jumlah target atau sasaran peserta KB pasca persalinan adalah pasangan usia subur yang istrinya sedang dalam kondisi masa nifas (sampai 42 hari pasca persalinan). Jadi sasaran jumlah peserta KB pasca persalinan sama dengan sasaran jumlah ibu bersalin.

Jumlah sasaran ibu bersalin diperkirakan dengan menggunakan cara penghitungan sebagai berikut:
Jumlah Ibu bersalin = $1,05 \times$ angka kelahiran kasar (CBR) \times jumlah penduduk

Keterangan: CBR didapatkan dari BPS setempat

Contoh:

Untuk menghitung perkiraan jumlah sasaran peserta KB pasca persalinan di Desa Mulyorejo Kabupaten Mergusuar yang mempunyai penduduk sebanyak 3.000 penduduk dan angka CBR terakhir Kabupaten Mergusuar 27,0/1.000 penduduk maka:
Jumlah peserta KB pasca persalinan = $1,05 \times 0,027 \times 3.000 = 85,05$

Jadi sasaran peserta KB pasca persalinan di Desa Mulyorejo adalah 85 orang

2. Pelaksanaan Pelayanan Keluarga Berencana Pasca Persalinan

Prosedur pelayanan KB pasca persalinan adalah sebagai berikut:

a. Persiapan

Sebelum pelayanan KB pasca persalinan dilakukan tahapan persiapan dengan melakukan konseling pada pemeriksaan kehamilan, juga dapat dilaksanakan terpadu dalam P4K melalui amanat persalinan serta penyampaian informasi pada kelas ibu hamil dan diingatkan kembali pada setiap kunjungan pemeriksaan kehamilan berikutnya. Tahap persiapan ini diakhiri dengan pengisian informed consent.

b. Pelaksanaan

Fasilitas pelayanan KB merupakan salah satu mata rantai fasilitas pelayanan medis keluarga berencana yang terpadu dengan pelayanan kesehatan umum di fasilitas pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh tenaga professional yaitu dokter spesialis, dokter umum, bidan.

Klasifikasi Fasilitas Pelayanan KB diklasifikasikan menjadi:

1. Fasilitas Pelayanan KB Sederhana: Fasilitas yang mampu dan berwenang memberikan pelayanan kontrasepsi metode sederhana (kondom, obat vaginal), pil KB, suntik KB, AKDR/Implan (jika terdapat bidan terlatih), penanggulangan efek samping, komplikasi

ringan dan upaya rujukan. Fasilitas ini merupakan bagian dari Pustu, Balai pengobatan swasta, BKIA swasta, Pos Kesehatan TNI/Polri, Fasilitas KB Khusus (Pemerintah/swasta), Dokter/Bidan Praktik Mandiri, Polindes.

2. Fasilitas Pelayanan KB Lengkap: Fasilitas yang mampu dan berwenang memberikan pelayanan kontrasepsi metode sederhana (kondom, obat vaginal), pil KB, Suntik KB, AKDR, pemasangan/pencabutan Implant dan vasektomi bagi yang memenuhi persyaratan. Fasilitas ini merupakan bagian dari Puskesmas/Puskesmas dengan rawat inap, Balai pengobatan swasta, BKIA Swasta, Poliklinik TNI/POLRI, dan Rumah Bersalin.
3. Fasilitas Pelayanan KB Sempurna, yaitu fasilitas yang mampu dan berwenang memberikan pelayanan kontrasepsi metode: sederhana (kondom, obat vaginal), pil KB, Suntik KB, AKDR, pemasangan/pencabutan implant, MOP, dan MOW bagi yang memenuhi persyaratan. Fasilitas ini merupakan bagian dari RSUD kelas C, RSUD swasta setara, RSUD TNI/POLRI yang mempunyai SpOG dan dokter spesialis bedah, serta dokter umum yang telah mendapatkan pelatihan, dan RS bersalin
4. Fasilitas Pelayanan KB Paripurna, yaitu Fasilitas yang mampu dan berwenang memberikan pelayanan semua jenis pelayanan

kontrasepsi ditambah dengan pelayanan rekalisasi dan penanggulangan infertilitas. Fasilitas ini merupakan bagian dari RSUD Kelas A, RSUD TNI/POLRI Kelas I, RSUD Swasta setara, RSUD Kelas B yang sudah ditetapkan sebagai tempat rekalisasi.

3. Pemantauan dan Evaluasi

Hasil pelayanan KB merupakan hasil kegiatan pelayanan KB yang dilaksanakan oleh fasilitas pelayanan KB, baik pada unit pelayanan kesehatan pemerintah (Poskesdes/Polindes, Puskesmas/Pustu, RS Pemerintah, unit pelayanan milik TNI/Polri) maupun pada fasilitas pelayanan kesehatan swasta (Bidan Praktik Mandiri, Dokter Praktik Swasta, RS Swasta, Klinik KB, Rumah Bersalin, dan Praktik Bersama).

Agar hasil pelayanan KB pasca persalinan dapat menggambarkan kinerja seorang tenaga kesehatan maka semua kegiatan pelayanan KB pasca persalinan yang dilaksanakan di seluruh fasilitas pelayanan kesehatan harus dicatat dalam format yang ada (Kohort KB, kohort nifas, kartu status peserta KB/K4, dan F2 KB) dan kemudian dilaporkan kepada Dinas Kesehatan dan BKKBN Setempat.

C. SOAL LATIHAN

1. Jelaskan tahapan manajemen pelayanan KB!
2. Bagaimana teknis agar proses evaluasi pelaksanaan pelayanan KB dapat berjalan secara sistematis?

D. REFERENSI

Kemenkes RI. 2014. *Pedoman Pelayanan Keluarga Berencana Pasca Persalinan*. Direktorat Jendral Bina Gizi Kesehatan Ibu dan Anak Kementrian Kesehatan RI: Jakarta

KONTRASEPSI DARURAT

A. TUJUAN PEMBELAJARAN

1. Mahasiswa diharapkan mampu menjelaskan konsep kontrasepsi darurat
2. Mahasiswa diharapkan mampu menguraikan jenis-jenis kontrasepsi darurat

B. BAHAN AJAR

1. Definisi Kontrasepsi Darurat
Kontrasepsi darurat adalah kontrasepsi yang digunakan untuk mencegah kehamilan setelah senggama tanpa pelindung atau tanpa pemakaian kontrasepsi yang tepat dan konsisten sebelumnya.
2. Indikasi Pemakaian Kontrasepsi Darurat
Kontrasepsi darurat digunakan apabila mengalami beberapa indikasi sebagai berikut:
 - a. Perkosaan
 - b. Senggama tanpa menggunakan kontrasepsi
 - c. Pemakaian kontrasepsi tidak benar atau tidak konsisten:
 - Kondom bocor, lepas atau salah digunakan

- Diafragma pecah, robek, atau diangkat terlalu cepat
- Senggama terputus gagal dilakukan sehingga ejakulasi terjadi di vagina atau genitalia eksternal
- Salah hitung masa subur
- AKDR ekspulsi (terlepas)
- Lupa minum pil KB lebih dari 2 tablet
- Terlambat suntik progestin lebih dari 2 minggu atau terlambat suntik kombinasi lebih dari 7 hari

Kontrasepsi darurat dapat bermanfaat bila digunakan dalam 5 hari pertama, namun lebih efektif bila dikonsumsi sesegera mungkin. Kontrasepsi darurat sangat efektif, dengan tingkat kehamilan <3%.

Efek samping: mual, muntah (bila terjadi dalam 2 jam pertama sesudah minum pil pertama atau kedua, berikan dosis ulangan), perdarahan/bercak.

3. Jenis Kontrasepsi Darurat

Cara	Komposisi	Merk Dagang	Dosis	Waktu Pemberian
AKDR-Cu		Copper T Multiload Nova T	Satu kali pemasangan	Dalam waktu 5 hari pascasangama
Pil kombinasi dosis tinggi	0,05 mg Etinil-estradiol+0,25 mg levo-norgestrel	Microgynon 50 Ovral Neogynon Norgiol Eugynon	2 x 2 tablet	Dalam waktu 3 hari pascasangama, dosis kedua 12 jam kemudian

Pil kombinasi dosis rendah	0,03 mg etinil-estradiol + 0,15 mg levo-norgestrel	Microgynon 30 Mikrodiol Nordette	2 x 4 tablet	Dalam waktu 3 hari pascasangama, dosis kedua 12 jam kemudian
Progestin	1,5 mg levo-norgestrel	Postinor	2 x 1 tablet	Dalam waktu 3 hari pascasangama, dosis kedua 12 jam kemudian

Perlu diingat kontrasepsi darurat ini bersifat sementara dan tidak untuk digunakan secara rutin

C. SOAL LATIHAN

1. Jelaskan definisi kontrasepsi darurat!
2. Mengapa kontrasepsi darurat tidak dianjurkan untuk digunakan secara rutin?

D. REFERENSI

Kemenkes RI. 2013. Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan. Kemenkes: Jakarta

INFERTILITAS

TUJUAN PEMBELAJARAN

1. Mahasiswa mampu menjelaskan definisi infertility
2. Mahasiswa mampu menguraikan tipe infertility
3. Mahasiswa mampu menguraikan penyebab dan cara pencegahan infertility

BAHAN AJAR

1. Definisi Infertility

Infertility merupakan ketidakmampuan untuk menghasilkan anak setelah melakukan hubungan seksual tanpa menggunakan alat kontrasepsi apapun dalam kurun waktu minimal satu tahun. Meskipun pada kejadian infertilitas selalu menyudutkan kaum wanita, tetapi kejadian infertilitas bisa juga terjadi pada kaum pria. Pada beberapa Negara berkembang khususnya Ethiopia, memiliki anak merupakan suatu keharusan dalam sebuah keluarga. Jika pasangan suami istri tidak memiliki anak maka hal tersebut bisa menjadi penyebab pernikahan menjadi tidak bahagia dan berujung pada perceraian baik infertilitas pada pria maupun wanita. Pada mayoritas Negara-negara di Afrika memiliki nilai bahwa kekayaan seseorang dinilai dari banyaknya jumlah

anak yang dimiliki. Di wilayah pedesaan, anak merupakan asset karena mereka akan bekerja menggarap lahan dan merawat orang tua.

2. Infertilitas sebagai bentuk ketidakmampuan

Perempuan pada usia produktif (15-49 tahun) berisiko untuk mengalami kehamilan (tidak hamil, seksual aktif, tidak menggunakan kontrasepsi, dan tidak menyusui) yang telah dilaporkan mengalami gagal hamil dalam jangka waktu 2 tahun atau lebih. Hal tersebut merupakan suatu indikator kesehatan reproduksi. Disabilitas atau ketidakmampuan dalam kesehatan reproduksi dikaitkan dengan fungsi kesehatan reproduksi itu sendiri. Diperkirakan sebanyak 34 juta wanita di Negara berkembang mengalami infertilitas karena maternal sepsis dan aborsi yang tidak aman. Infertilitas pada wanita menduduki peringkat kelima tertinggi dari kategori ketidakmampuan secara global (pada populasi di bawah umur 60 tahun)

3. Infertilitas Primer

Ketika seorang perempuan berada pada kelompok umur produktif, maka diasumsikan bahwa perempuan tersebut bisa bereproduksi (mengalami kehamilan) namun tidak pernah mengalami kehamilan atau ketidakmampuan seorang perempuan untuk melahirkan bayi hidup yang diakibatkan keguguran atau melahirkan bayi mati.

4. Infertilitas Sekunder

Infertilitas sekunder didefinisikan sebagai kondisi seorang perempuan yang pernah mengalami kehamilan dan melahirkan bayi hidup, kemudian pada kehamilan berikutnya mengalami keguguran dan tidak mengalami kehamilan hidup kembali.

SOAL LATIHAN

1. Kapan pasangan usia subur dikategorikan sebagai infertilitas primer dan sekunder? jelaskan
2. Jelaskan faktor-faktor yang dapat mempengaruhi infertilitas pada PUS!

REFERENSI

1. <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/definitions/en/>
2. <https://ocw.mit.edu/courses/health-sciences-and-technology/hst-071-human-reproductive-biology-fall-2005/lecture-notes/infertility.pdf>